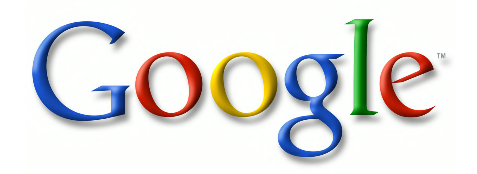
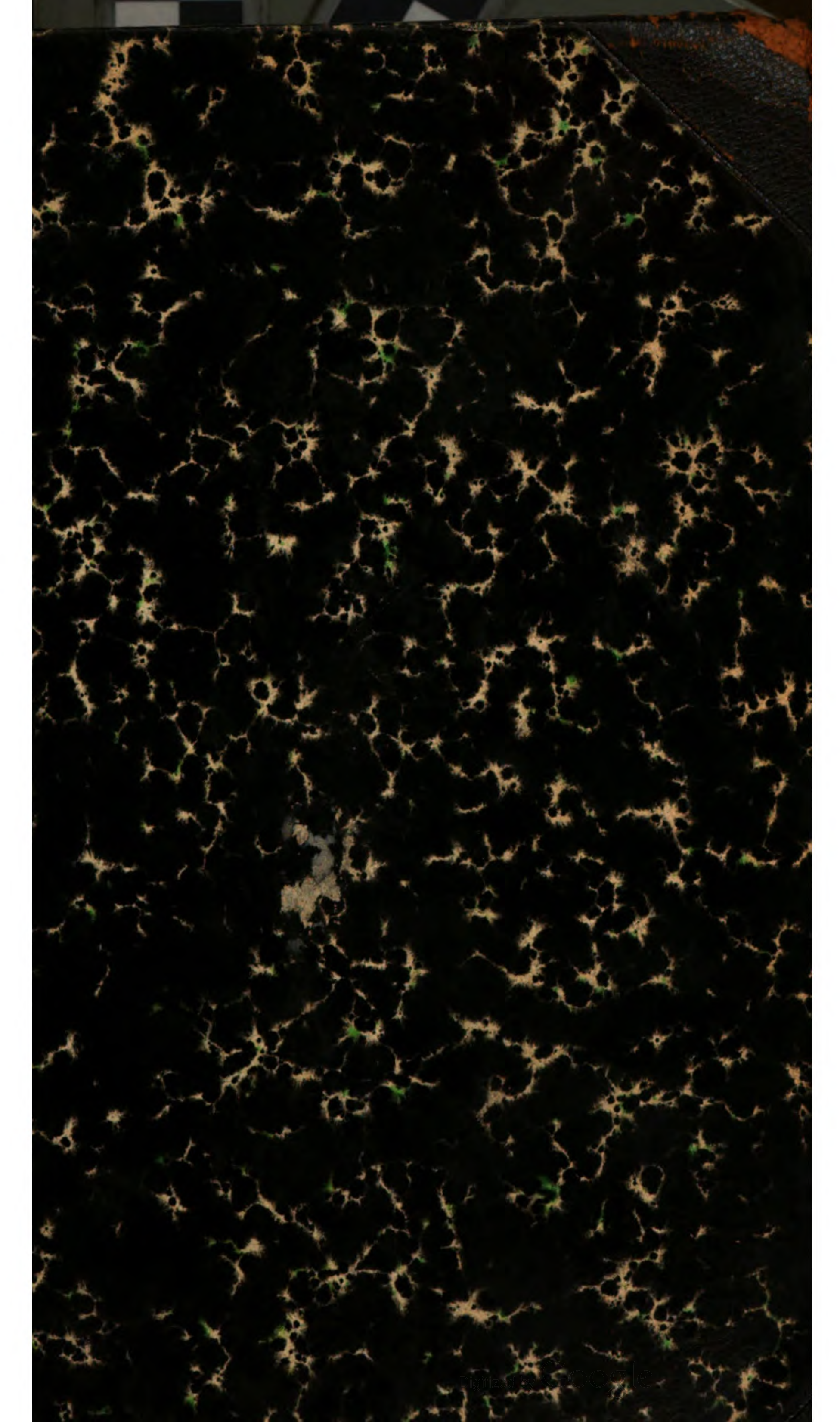





CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 078 853 110

Originalmitteilungen.

Albers-Schönberg, Dr. (Hamburg). Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome. Nr. 1. p. 18.
v. Baracz, R. (Lemberg): Tendinitis achillea arthritica als eine besondere Form der Achillessehnenerkrankung. Nr. 1. p. 3.
Bayer, Carl, Prof. Dr. (Prag). Zur Ätiologie der punktförmigen Blutaustritte in der Schleimhaut à froid exstirpierter Wurmfortsätze. Nr. 17. p. 473.
– Dorsale Fixation des Armes bei Schlüsselbeinbruch. Nr. 37. p. 1004.
– Protektivesilk als Deckmittel für den Darm bei peritonealer Tamponade. Nr. 37. p. 1004.
Bier, Prof. Dr. (Bonn). Über kleine Bauchschnitte. (Bemerkungen zu den Veröffentlichungen von Hahn und v. Haberer.) Nr. 7. p. 183.
Borchardt, M. (Berlin). Zur Technik der Trepanation. Nr. 38. p. 1031.
Borelius, J., Prof. (Lund, Schweden). Über primäre Naht ohne Drainage bei Frühoperationen der akuten Blinddarmentzündung. Nr. 4. p. 97.
v. Brunn, Dr. (Rostock). Zwei seltene Luxationen. Nr. 49. p. 1309.
Burmeister, Dr. (Concepcion). Jodcatgutpräparation. Nr. 45. p. 1201.
Catterina, A., Prof. (Genua). Die Resektion des Schultergelenkes. Nr. 2. p. 33.
Cordua, Ernst, Dr. (Harburg a. E.). Zu der dorsalen Fixation des Armes bei Schlüsselbeinbruch. Nr. 45. p. 1200.
Deutschländer, C., Dr. (Hamburg). Die Behandlung der Knochenbrüche mit Staungshyperämie. Nr. 12. p. 337.
Dolcetti, Dr. (Triest). Ein Fall von Herznaht. Nr. 20. p. 566.
Dollinger, J., Prof. (Budapest). Gaumennaht. Nr. 13. p. 364.
Draudt, M., Dr. Entgegnung. Nr. 30. p. 632.
Drehmann, Dr. (Breslau). Eine typische Erkrankung der Achillessehne. Nr. 1. p. 1.
Ebbinghaus, Dr. (Dortmund). Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Fußleiden. Die Verletzung des Tuberculum majus calcanei. Nr. 15. p. 436.
Ehrhardt, O., Dr. (Königsberg). Eine einfacher Ligaturträger. Nr. 30. p. 831.
v. Eiselsberg, Freiherr, Prof. (Wien). Der kleine Bauchschnitt als Methode für die Appendixexstirpation. Nr. 11. p. 306.
Fiedler, K., Dr. (Valparaiso). Ein ideales Leistenbruchband für Säuglinge. Nr. 44. p. 1161.
Fink, Franz, Dr. (Karlsbad). Zum Gallensteinileus. Nr. 2. p. 53.
Fiori, Paolo, Prof. (Modena). Die chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis im Intermediärstadium. Nr. 41. p. 1089.
Försterling, Karl, Dr. med. (Hannover). Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. Nr. 19. p. 521.
Franke, Felix, Prof. (Braunschweig). Der seitliche Halsschnitt (Trachelotomia externa) zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre, ohne deren Eröffnung. Nr. 50. p. 1331.
Girgolaff, S. S., Dr. (St. Petersburg). Peritonealplastik mit isolierten Netzstücken. Nr. 46. p. 1212.
Goldmann, Edwin E., Prof. (Freiburg). Über hochsitzende Hämorrhoiden als Ursache von okkulten Darmblutungen. Nr. 26. p. 713.
– Zur offenen Wundbehandlung von Hauttransplantationen. Nr. 29. p. 794.
Greiffenhagen, W., Dr. (Reval). Über schwere Respirationsstörungen infolge medullärer Stovainanästhesie. Nr. 19. p. 533.

Gross, H. (Bremen). Die alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallenfistel. Nr. 7. p. 197.
Grünwald, L., Dr. (Bad Reichenhall-München). Rhinochirurgische Mitteilungen. Nr. 3. p. 84.
— Pharyngotomia suprahyoidea. Nr. 36. p. 972.
v. Haberer, Hans, Dr. (Wien). Antwort auf die vorstehenden Bemerkungen des Dr. Joh. Hahn. Nr. 7. p. 181.
Hackenbruch, Dr. (Wiesbaden). Zur Technik der Rückenmarksanalgesie. Nr. 14. p. 393.
v. Hacker, Prof. (Graz). Zur Pharyngotomia suprahyoidea. Nr. 45. p. 1185.
Hagen, Wilhelm, Dr. (Nürnberg). Die Intermediäroperation bei akuter Appendicitis. Nr. 15. p. 417.
Hahn, Johannes, Dr. (Mainz). Einige weitere Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation. Nr. 7. p. 178.
Halm, Emil, Dr. (Budweis). Über retrograde Darminkarzeration. Nr. 35. p. 950.
Hans, Hans, Dr. (Limburg a. d. L.). Mediane Schnittführung zur Eröffnung der Speiseröhre. Nr. 34. p. 924.
— Fadendrainage. Nr. 47. p. 1241.
Herhold, Oberstabsarzt (Altona). Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Nr. 18. p. 498.
Herz, Max, Dr. (z. Z. Auckland, Neu-Seeland). Zur Behandlung veralteter Schenkelhalsbrüche. Nr. 25. p. 705.
Heusner, Geh.-Rat Prof. Dr. (Barmen). Über Jodbenzindesinfektion. Nr. 8. p. 209.
— Ein einfacher Separator für den Urin beider Nieren. Nr. 9. p. 260.
Heyde, Dr. (Greifswald). Über Jodoformgazesterilisation. Nr. 46. p. 1225.
Hirsch, Maximilian, Dr. (Wien). Zur Technik der Rückenmarksanalgesie. Nr. 18. p. 499.
— Instrumentarium, Technik und Erfolge der epiduralen Injektionen. Nr. 21. p. 595.
Hofmann, Arthur, Dr. (Karlsruhe). Ringknoten. Nr. 2. p. 51.
— Zwei Modifikationen der Matratzennaht. Nr. 39. p. 1062.
— **C.,** Dr. (Kalk-Köln). Der Unterschied zwischen der Beckenbodenplastik und der Dammplastik mit Rücksicht auf den Rektalprolaps. Nr. 24. p. 667.
Hohmann, Georg, Dr. (München). Knochenhebel für Osteotomien. Nr. 33. p. 900.
Israel, Carl, Dr. med. (Hersfeld). Erhaltung des Weichteilnasengerüstes bei Oberkieferresektion und die Vorteile dieser Operationsmethode. Nr. 37. p. 1005.
Janssen, Peter, Dr. (Bonn). Exstirpation des Penis mit Resektion des Scrotum. Nr. 22. p. 621.
Joseph, Eugen, Dr. (Bonn). Zur Technik der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie. Nr. 20. p. 567.
Kaefer, Oberarzt Dr. (Odessa). Zur Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier. Nr. 10. p. 274.
Kausch, Prof. Dr. (Schöneberg-Berlin). Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. Nr. 5. p. 121.
Kofmann, S., Dr. (Odessa). Zur Behandlung der paralytischen Hüftgelenksluxation mittels Arthrodese. Nr. 22. p. 610.
— Zur Technik der Sehnenplastik beim schlaff paralytischen Spitzfuß. Nr. 48. p. 1265.
Kredel, L. (Hannover). Über Blutleere der Galea bei Schädeloperationen. Nr. 43. p. 1137.
Kuhn, Franz, Dr. (Kassel). Nasen-Rachentumoren und perorale Tubage. Nr. 9. p. 241.
Lauenstein, Carl, Dr. (Hamburg). Die nachträgliche Entfernung eingewachsener oder eingeklemmter Gazestreifen. Nr. 36. p. 973.
— Zur Bedeutung der spitzwinkligen Stellung des Kniegelenkes in Fällen von Beugekontraktur des Hüftgelenkes durch schwere Koxitis. Nr. 40. p. 1073.
Lengfellner, Dr. med. Kurze Mitteilung über Versuche mit Zelluloideinlagen in Verbindung mit Filz und Gummi. Nr. 40. p. 1083.
Leuven, J. M. A. Gevers, Dr. (Ede, Holland). Ein Fall von Luxation des unteren Endes der Ulna. Nr. 42. p. 1128.
Lexer, Erich, Prof. (Königsberg). Zur Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen. Nr. 18. p. 197.
Linnartz, Dr. (Köln). Eine neue Klemme zur Gastroenterostomie und Enteroanastomie. Nr. 26. p. 726.
Lotheissen, Dr. (Wien). Zur Ätiologie der punktförmigen Hämorrhagien im Wurmfortsatz. Nr. 21. p. 577.

Machol, Dr. (Breslau). Die Anwendung der strömenden Wasserkraft in der Chirurgie und Orthopädie. Nr. 6. p. 154.
v. Mangoldt, F., Hofrat Dr. (Dresden, Carolahaus). Über die Bedeutung des Bruit de pot fêlé am Abdomen. Nr. 24. p. 665.
Manninger, Vilmos, Dr. (Budapest). Über retrograde Darminkarzeration. Nr. 39. p. 1064.
Mertens, Victor, Dr. (Breslau). Technisches zur Fistelbehandlung. Nr. 51. p. 1345.
Mindes, Joachim, Dr. (Drohobycz). Zur Technik des Bier'schen Verfahrens bei der Stauungshyperämie. Nr. 3. p. 83.
– Benzin-Jodcatgut. Nr. 51. p. 1359.
Mori, M., Dr. (Japan). Die Curette zur nachträglichen Entfernung eingewachsener resp. eingeklemmter Gazestreifen. Nr. 33. p. 899.
Oehler, Rud., Dr. (Frankfurt a. M.). Laminektomie und Nervenwurzeldurchschneidung bei Neuralgie. Nr. 5. p. 142.
v. Oettingen, Walter, Dr. (Berlin). Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung. Nr. 13. p. 362.
v. Quervain, F., Dr. (Chaux-de-Fonds). Zur Operationstischfrage. Nr. 11. p. 321.
Riedel, Prof. (Jena). Der gedrehte Netztumor im nicht erkennbaren Bruche. Nr. 7. p. 184.
Samuel, Max, Dr. (Köln a. Rh.). Über eine Modifikation der Hautnaht nach Michel. Nr. 6. p. 166.
Schultze, Ernst, Dr. (Berlin). Eine neue Beckenstütze. Nr. 48. p. 1279.
Slawiński, Z., Dr. med. (Warschau). Über partielle Resektion des Samenstranges bei radikaler Operation des Leistenbruches. Nr. 50. p. 1321.
Spisharny, J. K., Prof. (Moskau). Pharyngotomia suprahyoidea. Nr. 29. p. 797.
Springer, Carl, Dr. (Prag). Zur Peritonealplastik mit ungestielten Netzlappen. Nr. 49. p. 1297.
Stich, Conrad, Dr. (Leipzig). Ein neuer Apparat zur aseptischen Seifenentnahme. Nr. 46. p. 1227.
– Zur Catgutsterilisation. Nr. 46. p. 1209.
Tomaschewski, Dr. (Petersburg). Zur Behandlung mit Bier'scher Stauungshyperämie. Nr. 27. p. 756.
Tavel, E., Prof. (Bern). Eine neue Methode der Gastrostomie. Nr. 23. p. 634.
Wederhake, Dr. (Bonn). Herstellung der Silberkautschuckseide. Nr. 35. p. 939.
Welscher, Alfred, Dr. med. (Hamm i. W.). Über die Wundbehandlung nach Transplantationen. Nr. 25. p. 689.
Wendel, Prof. Dr. (Magdeburg-Sudenburg). Zur Technik der Darmvereinigung. Nr. 23. p. 650.
Wilms, Prof. Die Freilegung des Herzens bei Herzverletzungen. Nr. 30. p. 817.
Witzel, O., Prof. (Bonn). Zur Gallensteinexstirpation. Nr. 32. p. 865.
– Silberkautschukseide an Stelle des Silberdrahtes zur versenkten Naht. Nr. 35. p. 937.
Wolkowitsch, Nicolai, Prof. Dr. (Kiew). Zum Aufsatz Dr. Draudt's: »Zur Behandlung der Kniegelenktuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion«. Nr. 30. p. 632.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 28, welche den Bericht über den XXXV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Abadie 777 (Resektion des Sympathicus gegen Glaukom).
Abbe 836, 1054 (Radiumwirkung).
Abel 550 (Aseptische Operationen im Garnisonlazarett Straßburg).
v. Aberle 804 (Endresultate der konservativen Koxitisbehandlung).
— 806 (Handgelenkskontrakturen).
— 1292 (Klumpfuß).
Abram 249 (Extrakt der Duodenalschleimhaut gegen Diabetes).
Adam 657 (Lumbalanästhesie).
Aderholt 301 (Ankylose der Fingergelenke).
Adler 335 (Gekröscysten).
Adolph 496 (Cholangitis).
Adrian 296 (Dilatation des vesikalen Harnleiterendes).
Ahrens 859 (Magengeschwüre).
Aievoli 358 (Penisfistel).
Aka 1386 (Retropharyngealabszeß).
Albers-Schönberg 18* (Röntgentherapie der Hautsarkome).
— 442 (Orthoröntgenographie).
— 514 (Nieren- und Harnleitersteindiagnose).
— 643 (Harnleitersteine und Beckenflecke).
— 976 (Röntgenologisches).
Albrand 840 (Irrigator).
Albrecht 631 (Kehlkopfexstirpation).
— 1391 (Paranephritische Abszesse).
Aleksinski 683 (Appendicitis).
Alessandri 104 (Narbige Kieferklemme).
— 616 (Tuberkulose des Gehirns).
— 1006 (Neubildung um einen Unterbindungsfaden).
— 1034 (Tuberkelgeschwulst der Bauchdecken).
— 1037 (Herniologisches).
Alexander 279 (Prostataabszeß).
— 701 (Karpalknochen bei Daumenbewegungen).
Alexander 1070 (Röntgenologisches).
— 1328 (Jugularis-Hautfistel).
Alexandre 1385 (Speichelstein).
Alfaro 87 (Sarkom bei Kindern).
Allan 239 (Chirurgisches Emphysem).
Allen 716 (Chirurgische Technik).
Allegioni 907 (Beweglichkeit des Akromioklavikulargelenkes).
Alquier 1059 (Interkostaler Bauchbruch).
Amann 286 (Sekundäre Eierstocksgeschwülste).
Amberger 269 (Appendicitis).
— 390 (Meningitis).
— 1221 (Postoperative Bauchbrüche).
Amblard 1337 (Periamygdalitis phlegmonosa).
Ambos 860 (Sanduhrmagen).
de Bruine Ploos von Amstel 796 (Chronische Steifigkeit der Wirbelsäule).
Anders 928 (Röntgenstrahlen gegen Arthritis deformans).
André 222 (Lymphgefäße der Nase).
— 1046 (Pyelitis).
— 1133 (Prostatachirurgie).
Andrews 141 (Kolohepatopexie).
— 280 (Prostatolysis).
Andry 1008 (Ulcus rodens beim Kind).
d'Anna 533 (Hoden Infektionskranker).
Anschütz 494 (Darmstörungen nach Magenoperationen).
Anton 1151 (Angeborener Choanenverschluß).
Antonelli 518 (Darmresektion).
Antonin 113 (Echinokokken der Schädelknochen).
Anzoletti 303 (Pes equino-cavus).
Anzilotti 607 (Kniescheibengeschwülste).
Apelt 1143 (Extra- und intradurales Hämatom).
Apitz 884 (Gangrän der Lider).

Apolant 579 (Krebsforschung).
Arce 138 (Gastrostomie und Jejunostomie).
D'Arcis 602 (Knochencysten).
Archibald 955 (Subphrenischer Abszeß).
D'Arcy-Power 686 (Gastrojejunostomie).
McArdle 943 (Leistenbruch).
Arkel 684 (Leistenbrüche).
Armand 74 (Chloroxykarbondämpfe).
Armstrong 400 (Appendicitis).
— 878 (Lungenkomplikationen).
Arnsberger 1275 (Ikterus).
v. Arx 936 (Mediastinalerkrankung).
Asahara 330 (Magenkrebs).
— 959 (Tuberkulöse Darmstrikturen).
Aschoff 1096 (Appendicitis).
Ashhurst 709 (Knochenbrüche durch Muskelzug).
Auerbach 26 (Intraspinale Geschwulst).
v. Auffenberg 608 (Bunge'sche Amputationsstümpfe).
— 886 (Plastische Verlängerung des Unterkiefers).
Auffret 382 (Sehnentransplantation).
Auvray 194 (Milzzerreißung).
Axhausen 574 (Herniologisches).
— 637 (Osteomalakie im Kindesalter).
— 641 (Entwicklung der modernen Wundbehandlung).
— 910 (Quadricepssehnenriß).
— 956 (Schenkelbrüche).

Bäärnhielm 606 (Dupuytren'sche Fingerkontraktur).
Bab 256 (Hypogan und Ektogan).
Babes 189 (Riesenzellen).
— 1357 (Blind- u. Dickdarmgeschwülste).
Bach 1168 (Schulterverrenkung).
Bade 809 (Pathologie und Therapie des partiellen Tibiadefektes).
— 1290 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 1304 (Angeborene Mißbildungen).
Baeslack 215 (Immunität von Mäusen gegen Krebs).
Baetjer 379 (Aneurysmen der Brustaorta).
Bail 90 (Appendicitis).
— 144 (Schulterverletzung).
— 144 (Ellbogenverletzung).
Baisch 1231 (Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung).
Balacescu 1102 (Kampfernaphthol gegen kalte Abszesse).
Baldauf 193 (Krebs des Wurmfortsatzes).
Baldwin 1025 (Herniologisches).
Ball 81 (Mastdarmkrebs).
— *662* (*Nierenchirurgie*).
Ballance 1384 (Bluterguß im Kleinhirn).
Balzer 827 (Behandlung der Gonorrhöe).
Bangs 1381 (Prostatahypertrophie).
Baratyński 529 (Radikaloperation der Leistenbrüche).
v. Barącz 3* (Tendinitis achillea arthritica).
Baradulin 91 (Abszeß der Bursa omentalis).
— 543 (Nieren- und Beckenechinokokken).
Bärlocher 1238 (Herniologisches).
Bardenheuer 36 (Frakturbehandlung).
— *51* (Behandlung der Neuralgien).
— *120* (Hüftgelenkpfannenresektion).
— 585 (Ischämische Kontraktur nach Arterienverletzung).
Barker 89 (Perichondritis gonorrhoica).
— 176 (Exostosen des Fersenbeines).
— 301 (Atypisches Dérangement interne des Knies).
— 432 (Prostatahypertrophie).
— 642 (Prostatachirurgie).
— 1160 (Aortenembolie).
Barling 520 (Pankreasnekrose).
Barnsby 411 (Appendicitis).
— 781 (Ovarialdermoid).
Baroni 1015 (Mal perforant du pied).
Barret 404 (Röntgenuntersuchungen des Magens).
— 674 (Röntgenoskopie des Magens).
— 1059 (Magen beim Erwachsenen und Kind).
Barrière 175 (Gangrän des Unterschenkels).
Barrows 411 (Appendicitis).
Barthélemy 1076 (Kleinhirnerkrankungen).
Bartlett 1361 (Drahtnetze gegen Bauchbrüche).
Baradulin 1107 (Magenkrebs).
Basham 775 (Nephropexie).
Bashford 67 (Bösartige Geschwülste).
— 914 (Krebsforschung).
Basso 1263 (Kryptorchismus).
Bate 1044 (Periurethralabszeß).
Battle 410 (Akute Bauchkrankheiten).
Batut 1127 (Hodentuberkulose).
Baudoin 1360 (Sterilisation chirurgischen Materials).
— 882 (Trigeminusneuralgie).
— 1207 (Facialiskrampf).
Baurowicz 978 (Nasenmuschelcyste).
Bayer 147 (Interparietaler Leistenbruch).
— 473* (Ätiologie der punktförmigen Blutaustritte in der Schleimhaut).
— 1004* (Dorsale Fixation des Armes bei Schlüsselbeinbruch).
— 1004* (Protektivesilk als Deckmittel für den Darm).

Bazy 1134 (Intermittierende Hydronephrose).
Beach 947 (Mastdarmkrankheiten).
Becher 805 (Einrenkung veralteter kongenitaler Hüftgelenksluxation).
Beck 38, 57 (Harnröhrenplastik).
— 161 (Röntgenuntersuchung bei Harnsteinen).
— 743 (Unterkieferplastik).
— 774 (Harnsteine).
— 965, 1197 (Deckung von Schädellücken).
Becker 1071 (Rückenmarksanästhesie).
— 1183 (Fersenbeinbrüche).
Béclère 842 (Radiumstrahlen).
Beede 857 (Nachbehandlung von Operationen).
Beer 256 (Jaboulay's Darmknopf).
— 325 (Syphilis der Brustdrüse).
Beesly 872 (Azetonurie Anästhesierter).
Begouin 780 (Blasen-Scheidenfistel).
v. Behm 742 (Kieferschuß).
Bell 32 (Cholelithiasis).
— 128 (Milzbrand).
Belot 718 (Röntgentherapie).
Bennett 401 (Appendicostomie).
Bérard 781 (Ovarialkystom in dem Mesocolon pelvinum).
Berg 105 (Torticollis spasticus).
— 500 (Chirurgische Diagnostik).
— 830 (Diagnostik der Nierenfunktion).
— 894 (Sklerosierende Paranephritis).
Berger 162 (Amputatio interscapulothoracica).
Bergh 527 (Lymphgefäßsystem bei Syphilis des Weibes).
Bergmann 64 (Subluxation des zweiten Keilbeines).
— 302 (Kahnbeinbrüche d. Fußwurzel).
— 405 (Magengeschwür).
— 1182 (Verrenkung der Kniebandscheiben).
v. Bergmann 600 (Schußverletzungen).
— 1065 (Ösophagusdivertikel).
Berlotti 507 (Röntgenoskopie der Speiseröhre).
Bermbach 599 (Karzinomdiagnose).
Bernascond 161 (Harnleiteranastomosierung).
Berndt 674 (Schenkelbruch).
— 820 (Muskelverknöcherung nach Trauma).
Bernhard 1147 (Anastomosenbildung zwischen peripheren Nerven).
Berry 117 (Gaumenspalte).
Berthomier 781 (Uterus didelphis).
Bertier 74 (Chloroxykarbondämpfe).
Bertin 834 (Syphilitische Gelenkentzündung).
Bestelmeyer 656 (Bier'sche Stauung bei entzündlichen Leiden).
De Beule 765 (Gastroenterostomie).
de Beurmann 1008 (Schleimhautkeloide).
Bevan 147 (Kupfersalze gegen Aktinomykose und Blastomykose).
Beyer 462 (Angeborene Hüftverrenkung).
Bezold 1334 (Mißbildung des Ohres).
Bibergeil 130 (Lungenkomplikationen nach Bauchoperationen).
Bibrowicz 475 (Hirnabszeß).
Bichaton 979 (Mukokele des Sinus maxillaris).
Bier 8 (Hyperämie als Heilmittel).
— *15* (Stauungshyperämie).
— 71 (Arterieller Kollateralkreislauf).
— 183* (Kleine Bauchschnitte).
— 1056 (Rückenmarksanästhesie).
Bierhoff 890 (Prostatitis gonorrhoica).
Bilfinger 322 (Lebersarkom).
Billroth-Winiwarter 985 (Allgemeine Chirurgie).
Bindi 69 (Bösartige Geschwülste).
— 660 (Eitrige Paranephritis).
Bindo de Vecchi 169 (Nierensarkom).
Biondi 787 (Abreißung des Penis).
Birkenholz 709 (Spontanfrakturen bei Tabes).
Blake 1311 (Tetanus).
Blanc 30 (Leberechinokokkus).
Blanck 1392 (Hodengeschwülste).
Bland-Sutton 272 (Lebercyste).
— 1048 (Eierstockkrebs).
Blaschko 1142 (Radiumbehandlung).
Blauel 1340 (Exothyreopexie).
— 1381 (Harnleiterverletzungen).
Blech 957 (Hernia ischiadica).
Blecher *114* (Pankreasruptur).
— 859 (Magen- und Darmperforation).
— 930 (Deckung von Schädellücken).
Blencke 1179 (Angeborene Hüftverrenkung).
Bloch 835 (Instrument zur Einführung weicher Katheter).
Bluyson 409 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
Boas 76 (Chirurgische Eingriffe am Magen).
— 80 (Frühdiagnose der Eingeweidekrebse).
Bobbio 539 (Gekröscyste).
— 629 (Aneurysma der Carotis int.).
Bockenheimer 174 (Querbruch der Kniescheibe).
— 308 (Operationsatlas).
Böhme 1045 (Gonorrhöe und Bilharziaerkrankung).
— 1387 (Stauungsbehandlung).
Boenninghaus 1333 (Doppelseitige Hörstörung mit Aphasie).

Börger 1082 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Bötticher 1181 (Kniescheibenverrenkung).
Bogoljubow 982 (Epiglottiscysten).
— 1048 (Nebennierengeschwulst).
Bohosiewicz 1336 (Totale Oberkieferresektion).
Bokay 379 (Kehlkopfgeschwüre).
Bolognesi 501 (Paraffininjektionen).
— 853 (Unterbindung der V. portarum).
Bond 906 (Blasenspalte).
Bonnette 325 (Molluscum pendulum.
— 1188 (Geschoßdeformationen).
Borchard *47* (Osteoplastische Deckung von Schädeldefekten).
— *125* (Sarkomatöses Unterschenkelangiom).
Borchardt *46* (Trepanation).
— 113 (Geschwülste des Kleinhirn-Brückenwinkels).
— 772 (Herzwunden).
— 1031* (Technik der Trepanation).
— 1068 (Operation retromaxillärer Tumoren).
— 1338 (Rückenmarksgeschwülste).
Borchgrevink 1007 (Lokalanästhesie).
Borelius 97* (Akute Blinddarmentzündung).
— 258 (Gallensteinoperationen).
Bornhaupt *36* (Gelenkschüsse).
Borrmann 1389 (Blind endigender Harnleiter).
Borst 963 (Geschwülste).
Borszéky 1205 (Narkotisierung und Anästhesierung).
— 1235 (Bauchwunden).
— 1373 (Leberverletzungen).
Bosse *29* (Hereditäre Gelenklues).
— 120 (Speiseröhrenkrebs).
— 954 (Eitrige Peritonitis).
Botey 115 (Otologisches).
— 389 (Paraffininjektionen bei Ozaena).
— 979 (Rhinolith).
Bouain 977 (Meningealhämorrhagie nach Mastoidoperationen).
Boulay 1385 (Mastoiditis).
Bouret 175 (Abreißung der Tuberositas tibiae).
Bourganel 1106 (Herniologisches).
Boursier 780 (Uterusmyome).
Bovo 736 (Pilzerkrankung des Fußes).
Bowlby 693 (Chirurgische Komplikationen der Tabes).
Boyreau 1373 (Leberabszeß).
Bozzi 44 (Hydronephrose).
Braendle 1342 (Brustdrüsentuberkulose).
Brandenberg 383 (Rachitis).
Brandweiner 570 (Mycosis fungoides).
Brault 1008 (Melanodermie bei Pedikulosis).
Braun *60* (Rückenmarksschuß).
— *123* (Willkürliche Hüftverrenkung).
— 266 (Enterostomie).
Brauner 148 (Magenkrebs).
Brenner 955 (Leistenbrüche).
Brentano 21 (Gelenkschüsse).
— 23 (Dermoid des Mundbodens).
— 23 Lungenaktinomykose).
— 24 (Pancreatitis acuta).
— *38* (Gefäßschüsse).
— 745 (Bauchschußwunden).
Brewer 906 (Septische Niereninfarkte).
Brewitt 553 (Spätresultate bei komplizierten Schädelbrüchen).
Brézard 888 (Herzwunden).
Brian 1391 (Knochengeschwulst).
Brickner 367 (Chirurgischer Assistent).
O'Brien 849 (Appendicitis).
Brindel 979 (Nasengeschwülste).
— 1080 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Broca 119 (Angeborene Schildknorpelzungenbeincyste).
— 1082 (Angeborene Halsfistel).
— 1217 (Appendicitis).
Brodnitz 26 (Intraspinale Geschwulst).
— *126* (Osteoplastische Resektion des Fußgelenkes).
Broeckaert 1020 (Ozaena).
Bromser 1147 (Mastoidoperation).
Brouardel 823 (Unfallverletzungen).
Brown 194 (Eitrige Pylephlebitis).
Browning 226, 236 (Spinale Blutungen).
Bryan 996 (Schädelbruch).
Bruck 819 (Erlich's Seitenkettentheorie).
Brühl 1076 (Ohrenheilkunde).
Brüning 329 (Magenkrebs).
— 763 (Cardiospasmus).
— 1358 (Mastdarmkrebs).
Brugsch 688 (Pankreasentzündung).
Bruhns 1053 (Röntgenbehandlung bei Hautkrankheiten).
Bruneau 163 (Arteriovenöse Aneurysmen der Subclavia).
Brunet 488 (Lymphdrüsen).
— 544 (Gebärmutter-Scheidenkrebs).
— 1264 (Gebärmuttergeschwülste).
Brun 1260 (Nierenzerreißung).
v. Brunn *123* (Silberdraht bei Kniescheibennaht).
— 1203 (Elephantiasis).
— M. 1312 (Knochenbrüche im Röntgenbilde).
— 1312 (Ostitis fibrosa).
— W. 1309* (Luxationen).
Brunner 1140 (Ausscheidung von Mikrobien durch die Schweißdrüsen).

Brunner 1367 (Magenoperationen).
v. Bruns 204 (Brucheinklemmung einer Appendix epiploica).
Buchanan 540 (Cholecystitis ex typho).
Budde 965 (Nähseide).
Büdinger 555 (Bauchfelltuberkulose).
Bühlmann 1224 (Leistenbrüche der Kinder).
Bull 550 (Transplantation).
— 821 (Sarkom und Fieber).
Bunge *56* (Uranoplastik).
— 1003 (Tragfähige Amputationsstümpfe).
— 1022 (Darmzerreißungen).
Bunting 1344 (Pankreaschirurgie).
Burci 934 (Halsgeschwulst).
Burckhardt 1249 (Folgen der Entfernung der Gebärmutter).
Burdach 1157 (Brusthöhlengeschwülste).
Burdick 739 (Röntgentherapie).
Burfield 411 (Appendicitis).
— 736 (Diphtherische Operationswunden).
Buri 880 (Epidurale Injektionen).
Burke 765 (Gastroenterostomie).
Burkhardt 69 (Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen).
Burmeister 1156 (Oesophagotomia externa).
— 1201* (Jodcatgutpräparation).
Burrell 9 (Wirbelsäulenfraktur).
Butler 316 (Leistenbruch).
— 536 (Adrenalin als Reizmittel).
Butlin 917 (Zungenkrebs).

Cahn 292 (Speiseröhrenerkrankungen).
Calabreso 1031 (Prostatektomie).
Calamida 591 (Traumatische Muskelverknöcherung).
Mac Callum 1368 (Hämangiome des Darmes).
— 1369 (Phlegmonöse Darmentzündung).
Calot 346 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 1194 (Gelenktuberkulose).
Campbell 269 (Darmriß).
— 517 (Chirurgische Eingriffe bei Dyspepsie).
— 761 (Leistenbrüche).
Campiche 318 (Blinddarmtuberkulose).
Cantlie 271 (Leberabszeß).
Cannon 749 (Bewegungen des Magen-Darmkanals).
Caplescu-Poenaru 89 (Lumbalanästhesie mit Stovain).
McCardie 583 (Äthylchlorid).
Carlier 61 (Polycystische tuberkulöse Niere).
— 344 (Nierentuberkulose).
Carmichael 412 (Herniologisches).
Carpi 987 (Hämatologie).
Carr 950 (Cholecystektomie).
Carrel 640 (Operative Gefäßvereinigung).
Carson 519 (Mastdarmkrebs).
— 760 (Appendicitis).
Carstens 428 (Splenektomie).
— 907 (Nierenbefestigung).
McCarty 1096 (Histologie des Wurmfortsatzes).
Casati 76 (Laparotomiestatistik).
— 76 (Magenchirurgie).
Casper 342 (Nierenkrankheiten).
— 1134 (Nieren- und Nierenbeckenblutungen).
Castañeda 1156 (Aktinomykose des Halses).
Castellani 1238 (Appendicitis).
Castex 1088 (Tracheotomie).
Cathelin 1050 (Klinisch-therapeutisches Handbuch).
Catterina 33* (Resektion des Schultergelenkes).
Caubet 118 (Schilddrüsencyste).
Caudwell 493 (Thiosinamin gegen Pylorusstenose).
Cauzard 116 (Geschwulst des Sinus maxillaris).
Cavaillon 138 (Dickdarmkrebs).
— 861 (Metastasen von Magenkrebs).
Cernezzi 171 (Leiomyom des Biceps brachii).
— 304 (Mal perforant du pied).
Chambers 388 (Trepanation gegen Irresein).
Chambrelent 791 (Nierenoperationen bei Eklampsie).
— 837 (Nierenenthülsung).
Chance 589 (Mißbildungen).
Chaput 739 (Rückenmarksanästhesie).
— 810 (Nervennaht).
— 1042 (Echinokokkenbehandlung).
Chase 904 (Prostatektomie).
Chavannaz 778 (Tuberkulöse Appendicitis).
Chavannazy 1040 (Magen-Dickdarmfisteln).
Cheatie 1204 (Nävus).
Cheatle 980 (Zungensarkom).
Chenieux 780 (Cystotomia suprapubica).
Chevassu 1183 (Bruch der Tuberositas ext. tibiae).
Chevrier 13 (Tuberkulöse Pylorusstenosen).
— 963 (Osteoperiostale Lipome).
Chiari 1069 (Urämische Dermatitis).
Childe 205 (Wandermilz).
— 415 (Magenresektion).
Chill 1234 (Bauchspalten).
Chlumský 148 (Nabelbruchband für Kinder).

Chlumský 918 (Mobilisation der Wirbelsäule).
— 1208 (Scoliosis traumatica und Diabetes).
— 1240 (Herniologisches).
Christie 526 (Lokalanästhesie).
Chutro 493 (Traumatische Magenfistel).
Cirera 372 (Furunkel und Milzbrand).
Cisler 309 (Anästhetika in der Rhinologie).
Clairmont *22* (Röntgenbehandlung allgemeiner Lymphomatose).
— 536 (Tetanusheilserum).
— 838 (Nierenchirurgie).
— 1384 (Schädelplastik).
Clark 152 (Unterbindung der A. prof. fem.).
Clay 953 (Durchbruch von Duodenalgeschwüren).
Clemm 147 (Heftpflaster- und Bindenbehandlung der Bauchorgane).
Clowes 215 (Immunität von Mäusen gegen Krebs).
Cobb 1295 (Netzsarkom).
Codivilla 590 (Gelenktuberkulose).
— 806 (Angeborener Schiefhals).
— 808 (Angeborener Klumpfuß).
— 1175 (Klumpfuß).
Coenen 231 (Geschwulststatistik).
— 442 (Hautkrebs).
— 1066 (Osteoplastik bei Pseudarthrosen).
Cohn 70 (Gefrierpunktbestimmung von Körperflüssigkeiten).
— 188 (Palpable Gebilde des normalen menschlichen Körpers).
— 268 (Röntgenstrahlen).
— 875 (Behandlung maligner Tumoren mit Röntgenstrahlen).
— 915 (Röntgenstrahlen gegen lymphatische Sarkome).
— 1047 (Nierenfistel).
— 1088 (Thymustod).
— 1132 (Prostatachirurgie).
Colley 655 (Bier'sche Stauung bei entzündlichen Leiden).
Collier 980 (Wangennävus).
Colmers *40* (Schußfrakturen).
— 531 (Enterokystome).
— 640 (Röntgenverfahren im Kriege).
Colombino 161 (Harnleiteranastomosierung).
— 343 (Nierentuberkulose).
— 649 (Hodenentzündung).
Colt 59 (Blasenfisteln).
Coltelloni 1339 (Branchialcysten).
Comisso 603 (Knochenplombierung).
Conforti 1157 (Stenosierung des Hauptbronchus).
Conkling 444 (Herzmassage).
Conneil 703 (Gelenkmäuse im Knie).
Connell 1356 (Darmnaht).
McConnell 737 (Krebs in den Vereinigten Staaten).
Constantin 570 (Seemannshautkarzinom).
Conte 683 (Peritonitis).
Cook 294 (Blasenriß).
Cooper 941 (Fremdkörpertuberkulose des Bauchfells).
Coopieret 1017 (Schädelverletzungen).
Corby 63 (Hermaphrodit).
Cordua 1200* (Dorsale Fixation des Armes bei Schlüsselbeinbruch).
Corner 448 (Varikokele).
— 1198 (Rückenmarkserschütterung).
— 1235 (Bauchwunden).
Cornet 907 (Schußverletzung der A. axillaris).
Corning 203 (Cystische Ausdehnung des Wurmfortsatzes).
Corson 912 (Gritti'sche Amputation).
Cosmettatos 741 (Halsfistel).
Coss 878 (Tetanus).
Da Costa 1268 (Larrey).
— 1339 (Geschwulst des Carotidenkörpers).
Coste 550 (Aseptische Operationen im Garnisonlazarett Straßburg).
— 617 (Otologisches).
Courtould 991 (Pneumokokkengelenkentzündung).
Couteaud 711 (Bruch und Verrenkung des Sprungbeines).
— 1167 (Schlüsselbeinbrüche).
Cramer 25 (Röntgenstrahlen gegen Leukämie).
— 802 (Blutige Mobilisierung des Ellbogengelenkes).
— 810 (Angeborene Knochendefekte).
Credé 1055 (Prophylaktische Antisepsis).
Creite 57 (Peniskrebs).
— 1178 (Verrenkung einer Beckenhälfte).
— 1180 (Pathologie der Kniescheibe).
Crile 1052 (Chirurgische Blutverluste).
— 1069 (Riesenzellensarkom).
Croce *6* (Stauungshyperämie).
— 624 (Hirnverletzung).
Cuff 1034 (Aktinomykose der Bauchdecken).
Cummins 327 (Tuberkulöse Peritonitis).
— 1056 (Adrenalin).
Cumston 168 (Nierenquetschung).
Cuno 543 (Nierengeschwulst).
Curl 752 (Kolostomie und Appendicostomie).
Curtis 61 (Polycystische tuberkulöse Niere).
— 344 (Nierentuberkulose).
Curschmann 87 (Knochenveränderungen bei Akromegalie).

Cushing 219 (Hirngeschwülste).
— 488 (Arteriovenöses Aneurysma).
— 624 (Rankenneurom).
— 824 (Unterricht in operativer Medizin).
— 1371 (Darmkrebs).
Custodis 118 (Nasen-Rachengeschwülste).
Cuturi 1135 (Nephritis).
Czárnik 1363 (Darmperforation bei Typhus).

Daglish 201 (Herzknetung).
Daland 928 (Röntgenstrahlen gegen Arthritis deformans).
Dalous 537 (Posterosive Syphiloide).
— 570 (Seemannshautkarzinom).
Dambrin 1014 (Zerreißung d. Achillessehne).
Damianos 328 (Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen).
Daniel 286 (Stieldrehung von Eierstockskystomen).
Danielopol 657 (Harnröhrenstrikturen).
Danielsen 7 (Stauungshyperämie).
— 231 (Stauungsbehandlung).
— 232 (Novokain).
— 415 (Volvulus).
Daptas 980 (Retropharyngealabszeß).
Dardenne 931 (Hirnchirurgie).
Darewe 1094 (Behandlung mit Hyperämie).
Darling 295 (Blasensarkom).
Date 269 (Fremdkörperperitonitis).
Daum 1388 (Blasen-Scheidenfistel).
Dauve 872 (Gemischte Narkose).
David 871 (Orthopädische Chirurgie).
Davidson 341 (Röntgenstrahlen).
Davis 64 (Knochensarkom).
— 672 (Appendicitis).
— 790 (Blasengeschwülste).
— 1330 (Angina Ludovici).
— 1348 (Gastroptosis).
Dawidow 1391 (Nierenechinokokkus).
Daxenberger 410 (Pneumokokkenperitonitis).
— 682 (Zwerchfell- und Magenriß).
Dean 879 (Lumbaranästhesie).
Deaver 837 (Harnleitersteine).
Deeks 126 (Geschwulstlehre).
Deetz 59 (Pfählungsverletzung).
— 445 (Leberzerreißung).
— 1071 (Rückenmarksanästhesie).
Defosses 200 (Radium).
Defranchesci 1251 (Lumbalanästhesie).
Dege 144 (Periphere Trigeminusresektionen).
Déhu 1008 (Melanodermie bei Pedikulosis).
Delagénière 1343 (Pankreaschirurgie).
Deissler 1386 (Caput obstipum).
Delaloye 1368 (Gastroenterostomie).
Delatoure 257 (Knickung der Flex. sigmoidea).
Delbet 777 (Resektion des großen Zungenbeinhornes).
Delherrn 1050 (Klinisch-therapeutisches Handbuch).
Delkeskamp *23* (Knochenarterien bei Knochenverrenkungen und Frakturen).
— 330 (Volvulus der Flexura sigmoidea bei Hirschsprung'scher Krankheit).
— 1037 (Herniologisches).
Delore 137 (Magenkrebs).
— 204 (Leiomyom des Magens).
Delsaux 968 (Nasennebenhöhleneiterung).
Denker 720 (Behandlung bösartiger Nasengeschwülste).
Denks 960 (Leberverletzungen).
Dennig 92 (Magensaftfluß).
Depage 732 (Gesichtsoperationen).
Dervaux 1337 (Spina bifida).
Deutschländer 337* (Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie).
— 807 (Stauungshyperämie bei orthopädischen Operationen).
— 1305 (Knochenbrüche).
Devé 1027 (Echinokokkenrezidive).
Devraigne 1050 (Klinisch-therapeutisches Handbuch).
Dhéry 922 (Tuberkulose des Schambeins).
Dieterle 724 (Athyreosis).
Dieulafé 236 (Kyphose).
Dirk 783 (Ulcus ventriculi perforatum).
— 783 (Traumatische Choledochusruptur).
— 783 (Kuhn'sche Tubage).
Doberauer *114* (Pankreatitis).
— 702 (Sehnentransplantation).
Doca 1263 (Gebärmuttergeschwülste).
Döderlein *3* (Primärer Keimgehalt der Operationswunden).
Dönitz 1057 (Rückenmarksanästhesie).
Doering 1087 (Schiefhals).
Dörr 32 (Cholecystitis typhosa).
Dolcetti 566* (Fall von Herznaht).
Dold 1007 (Lokalanästhesie).
Dolley 1052 (Chirurgische Blutverluste).
Dollinger 364* (Gaumennaht).
Donati 405 (Magengeschwür).
— 968 (Ostitis purulenta der Wirbelsäule).
— 1097 (Direkter Leistenbruch der Frau).
— 1111 (Lebergeschwülste).
— 1152 (Makrochilie).
Donhauser 839 (Eierstocksgeschwülste bei Kindern).
Donth 1343 (Pankreaschirurgie).

D o r r a n c e 1271 (Arteriennaht).
D o w d 28 (Appendicitis).
D o w n i e 236 (Halsfisteln).
— 628 (Sarkom der Mandeln).
— 681 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
D r a u d t *128* (Extremitätenmißbildung).
— 832* (Kniegelenkstuberkulose, Entgegnung).
— 933 (Gesichtsspalten).
— 1013 (Knietuberkulose).
D r e e s m a n n *85* (Tampondrainage der Bauchhöhle).
— 140 (Cholecystitis und Cholangitis).
— 858 (Tampondrainage in der Bauchhöhle).
D r e h m a n n 1* (Typische Erkrankung der Achillessehne).
— 377 (Cervicodorsalskoliose).
— 799 (Halsrippenskoliose).
D r e i f u s s 317 (Meckel'sches Divertikel).
— 740 (Wirbelbruch).
D r e u w 553 (Euguform bei Hautkrankheiten).
— 1184 (Mitteilungen aus der Praxis).
D r ü n e r 654 (Stereoskopie in der Röntgentechnik).
D r y d e n 912 (Knochenüberpflanzung).
D s i r n e 304 (Osteoplastische Kraniotomie).
D u b r e u i l h 873 (Lymphdrüsenschwellungen mit Prurigo).
— 881 (Rezidivierender Herpes).
D u b u l a b o u x 1314 (Scharnier-Gipsschienen).
D u c l a u x 452 (Phimose).
— 463 (Hüftgelenkentzündung).
D u f a u x 642 (Aufbewahrung von Kathetern).
D u j a r i e r 948 (Gallenfluß bei Leberechinokokken).
D u j o u 778 (Darmnaht).
D u n i n 172 (Chronische Fingereiterung mit Kalkablagerung).
D u n n 118 (Aneurysma der A. innominata).
D u r a n t e 38 (Knochen- und Gelenktuberkulose).
D u r e t 102 (Hirngeschwülste).
— 176 (Osteoplastische Fußamputation).
D u r o u x 26 (Röntgenbehandlung des Krebses).
D u v a l 195 (Pankreatitis und Gallensteine).
D u v e r g e r 979 (Nasengeschwülste).

E b b i n g h a u s 436* (Traumatisches Fußleiden).
— 436* Verletzung des Tuberculum majus calcanei).
E b e n e r 1025 (Herniologisches).
E b e r m a y e r 656 (Gelenktuberkulose).
E b s t e i n 986 (Chirurgie des praktischen Arztes).
E c k e l 441 (Spontanfrakturen).
E c k s t e i n *53* (Nasenplastik durch Paraffin).
— 1015 (Herstellung von Fußabdrücken).
E d e n s 736 (Amyloid).
E d l i n g 151 (Pankreaserkrankungen).
E d m u n d s 1108 (Darmverschluß).
E d w a r d s 341 (Ausschälung der Prostata).
E h e b a l d 999 (Kahnbeinbruch).
E h r e t 320 (Gallensteine).
E h r h a r d t 237 (Thymusexstirpation).
— 831* (Einfacher Ligaturträger).
E h r l i c h 656 (Phenolkampfer).
E i c h e l 1315 (Naht der A. brachialis).
E i c h h o r s t 214 (Pathologie und Therapie innerer Krankheiten).
E i j k m a n n 501 (Verbrennungstod).
v. E i s e l s b e r g 306* (Kleiner Bauch) schnitt als Methode für die Appendixexstirpation).
— 812 (Elephantiasis).
— 885 (Schiefer Biß).
E k e h o r n 88 (Knochenhöhlen).
— 168 (Funktion der Niere nach durchgemachtem Sektionsschnitt).
— 471 (Nierenchirurgie).
— 829 (Molekulare Konzentration des Blutes).
E l i o t 510 (Darmresektion).
— 1236 (Appendicitis).
— 1390 (Nierenstein).
E l l i o t 257 (Darmverschluß).
E l s b e r g 1276 (Leberabszeß).
E l t e r 116 (Lidplastik).
E n g l i s c h 39 (Fremdkörper in Harnröhre und Blase).
E n o c h i n 1339 (Unterbindung der Schilddrüsenarterien).
E n z 112 (Skalpierung).
E r d h e i m 1334 (Schädelcholesteatome).
E r d m a n n 681 (Cardiospasmus).
— 950 (Cholecystektomie).
E s c h e n b a c h 782 (Uretersteine).
E s q u e r d o 478 (Chondritis costalis).
E s t e s 1371 (Myofibrom des Darmes).
E s t e v e s 1018 (Hirnechinokokken).
E t l i n g e r 936 (Druckstauung).
E v a n s 1026 (Gastrostomie).
— 1236 (Perforierende Magen- und Duodenalgeschwüre).
E v e 445 (Splenektomie).
— 685 (Gastroptose).
E v l e r 231 (Röntgenstrahlen gegen Karbunkel).
— 603 (Federnde Streckapparate).
E w a l d 289 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 320 (Gallenmsteine).
— 606 (Klumphand).

Ewald 1170 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 1184 (Klumpfuß).
— 1376 (Nervöse Leberkolik).
— K. 350 (Schenkelhalsbruch).
— P. 350 (Angeborene Kniescheibenverrenkung).
Ewart 215 (Unterbrechung des Blutumlaufes als Heilmittel).
Exner 790 (Fremdkörper in der Blasenwand).

Falkner 1264 (Eierstocksgeschwülste).
Fawcett 1330 (Gaumenspalte).
Faysse 94 (Mastdarmkrebs).
Federschmidt 682 (Bauchkontusionen).
Fedorow 863 (Cholecystitis).
Fehres 360 (Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie).
Fein 235 (Leiomyom des Gaumens).
Fenwick 447 (Nierentuberkulose).
Ferguson 796 (Ischämische Muskelatrophie).
Ferrarini 638 (Funktion der immobilisierten Muskeln).
— 1115 (Immobilisierte Muskeln).
Fessler 889 (Torsionsfestigkeit des Gelenkbandapparates).
Fiedler 1161* (Leistenbruchband für Säuglinge).
Finck 802 (Pott'scher Buckel).
Finder 1149 (Kehlkopftuberkulose).
Findlay 198 (Syphilitische Gelenkerkrankung).
— 540 (Cholecystitis ex typho).
Fink 53* (Gallensteinileus).
— 96 (Choledochusspülung).
— 206 (Gallensteinoperation).
Finkelnburg 717 (Rückenmarkanästhesie).
Finsterer 296 (Blasensteine).
— 658 (Harnröhrensteine).
— 1371 (Darmkrebs).
Fioravanti 359 (Thrombose der V. cava asc. bei Nierengeschwulst).
Fiori 358 (Prostatahypertrophie).
— 470 (Nephropexie).
— 1124 (Wanderniere).
— 1089* (Akute Appendicitis).
Fischer 29 (Fibrolipom des Magens).
— 367 (Erste Hilfe in der Schlacht).
— 585 (Formaldehyd und Formalin).
— 1070 (Röntgenologisches).
Fisk 1061 (Hypertrophische Pylorusstenose).
Flaherty 763 (Schenkelbruch).
Fleischmann 492 (Teratom des Bauchfells).
Fletscher-Ingals 224 (Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Flint 1001 (Knieresektion).
— 1353 (Magen-Darmanastomosierung).
Follenfant 1202 (Kriegsbericht).
Försterling 521* (Wachstumstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen).
Forbes 740 (Teratom des Rückenmarkes).
Forbes-Ross 301 (Ischias).
Fordyce 1386 (Geschwürsbildung in Nase, Rachen und Kehlkopf).
Forgue 1383 (Hodenektopie).
af Forselles 114 (Otologisches).
Fournier 781 (Darm-Scheidenfisteln).
Fourré 298 (Perinephritis).
Fowler 603 (Osteopsathyrosis).
Fränkel 449 (Bacillus pyocyaneus).
— 1143 (Infantile zerebrale Hemiplegie).
Francke 1180 (Coxa vara).
Frangenheim 737 (Multiple Primärgeschwülste).
— 1051 (Lokalisation der tierischen Parasiten).
— 1113 (Myositis ossificans und Callus).
— 1170 (Schenkelhalsbrüche).
Frank 447 (Chorionepitheliome).
— 768 (Talmaoperation).
Franke 882 (Wasserschuß).
— F. 1331* (Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre).
Franklin 1390 (Nierenzerreißung).
Fraser 630 (Myxödem).
Frazier 1019 (Hirngeschwülste).
— 1325 (Palliativoperation bei Hirngeschwülsten).
Freer 375 (Verbiegung der Nasenscheidewand).
— 967 (Resektion der Nasenscheidewand).
Freiburger 741 (Skalpierungen).
Freund 292 (Undurchlässige Sonde für Röntgenstrahlen).
— 916 (Stypticin).
Frey 970 (Anästhesierung des Kehlkopfes).
Freyer 58 (Prostatahypertrophie).
Freytag 1087 (Otologisches).
Friedel 1012 (Schnellender Finger).
Friedheim 519 (Milzzerreißung).
Friedrich 708 (Hirnverletzung).
— 908 (Axillaraneurysmen).
— 1105 (Bauchaktinomykose).
v. Frisch 586 (Aneurysmen).
Fröhlich 781 (Hüftgelenksverrenkung).
Froelich 806 (Schnellendes Knie).
— 1098 (Angeborene Pylorusstenose).
Frohse 308 (Operationsatlas).
Froin 1206 (Akromegalie).
Frommer 759 (Stauungshyperämie).
Froscella 507 (Speiseröhrenverengerung).
Fuchs 329 (Magensarkom).

Fuchs 658 (Blasensteine).
Füth 672 (Appendicitis).
Fullerton 630 (Syphilis der Luftwege).
— 1011 (Verletzung des Ductus thoracicus).
Funke 1387 (Geschwulst der Carotisdrüse).
de Furmestraux 1158 (Herznaht).
Furniss 791 (Pyelitis).

Gabourd 1337 (Fibrolipom des weichen Gaumens).
De Gaëtano 72 (Naht der Blutgefäße).
— 172 (Lymphangiom des Oberschenkels).
Gaffky 546 (Fremdkörper und Wundinfektion).
Gage 326 (Brustkrebs).
— 1183 (Zerreißung der Sehne des M. quadriceps).
Galaschescu 336 (Echinokokkuscyste).
Galatzi 1387 (Harnröhrenverengerungen).
Gallant 526 (Bartholinitis).
Gallina 1136 (Nierengeschwülste).
Galzin 304 (Resektion im Vorfuß).
Gamescasse 248 (Operationslehre).
Gant 959 (Exzision von Dick- und Mastdarm).
Gardner 431 (Angeborene Harnröhrenverengerung).
McGarraham 202 (Schmerzhafte Affektionen in der rechten Iliacalgegend).
Garrè 909 (Arteriennaht bei Aneurysmaoperationen).
— 1227 (Transplantationen in der Chirurgie).
Garrion 191 (Catgut).
Gatti 46 (Hodenanastomosierung).
Gaudemet 1350 (Magengeschwür).
Gaudiani 62 (Chirurgie der Nephritis).
Gaudier 172 (Coxa vara).
— 175 (Abreißung der Tuberositas tibiae).
— 223 (Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Gaugele 775* (Behandlung der tuberkulösen Fisteln mit der Bier'schen Saugglocke).
— 795 (Ostitis fibrosa).
— 1184 (Subluxation des Os navicul. pedis).
Gaupp 1231 (Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung).
Gauthier 26 (Röntgenbehandlung des Krebses).
— 1023 (Gastrostomie bei Peritonitis).
Gautier 119 (Schilddrüseneinpflanzung).
McGavin 1106 (Herniologisches).
Gebele 36 (Frakturbehandlung).
— 656 (Gelenktuberkulose).
Gehlhoff 835 (Anästhesierungsfrage).
Geissler 709 (Doppelseitige Schlüsselbeinverrenkung).
Gelinćky 387 (Pseudarthrosenbehandlung).
Gelinsky 638 (Skelettdurchleuchtung bei Pyämie).
Gelpke 564 (Murphyknopf).
— 1036 (Appendicitis).
— 1350 (Nicht krebsige Magenleiden).
Gennari 736 (Atypische Lymphdrüsentuberkulose).
Gentil 452 (Nierenentkapselung).
— 477 (Herzwunden).
Georgi 687 (Milzverletzung).
Georgiadès 373 (Phlegmonen bei Kindern).
Gerhardt 1083 (Speiseröhrenstenose).
Gerhartz 684 (Magenausheberung).
Gersuny 825 (Exzitation in der Narkose).
Gessner 173 (Oberschenkelamputation).
Ghillini 381 (Genu valgum).
Ghon 1391 (Paranephritische Abszesse).
Gibbon 490 (Herzwunde).
— 837 (Harnleitersteine).
Gibson 769 (Hyperleukocytose).
— 1038 (Magengeschwür und Magenkrebs).
Giese 704 (Fissur des Schienbeins).
Gil 1356 (Appendicostomie).
Gill 842 (Wundbehandlung im Kriege).
Gilles 236 (Kyphose).
Gilmer 1070 (Röntgenologisches).
Girgolaff 1212* (Peritonealplastik mit isolierten Netzstücken).
Glas 743 (Milzbrand des Kehlkopfes).
Le Glay 80 (Darmverschluß).
Glimm 299 (Knochencysten).
— 1214 (Bauchfellresorption und Peritonitis).
Gliński 1372 (Milzmangel).
Gluck 679 (Epilepsie nach otitischem Schläfenlappenabszeß).
— 1228 (Hautplastik).
— 680, 1281 (Chirurgie der Halsorgane).
— 1228 (Probleme und Ziele der plastischen Chirurgie).
Glücksmann *84* (Ösophagoskopisches).
Goebel 366 (Karzinom).
— 659 (Blasenstein).
— 862 (Leberabszeß).
— 915 (Bilharziakrankheit).
— 1141 (Lugol'sche Lösung).
Goebell *80* (Herzverletzungen).
— 946 (Innerer Darmverschluß).
— 1133 (Röntgenschattengebende Harnleiterkatheter).

Goellner 174 (Querbruch der Kniescheibe).
Goldammer *36* (Trockene Wundbehandlung in Süd-Westafrika).
Goldberg 828 (Blutgen. d. Prostatiker).
— 1119 (Prostatachirurgie).
Goldmann 713* (Hochsitzende Hämorrhoiden als Ursache von okkulten Darmblutungen).
— 794* (Offene Wundbehandlung von Hauttransplantationen).
Goldschmidt 1131 (Endoskopie der Harnröhre).
Gomperz 966 (Mittelohrentzündung).
Gordon 1366 (Verengerungen am Pylorus).
Gorgas 234 (Resektion des dritten Trigeminusastes).
Gosset 943 (Duodenalgeschwür nach Gastroenterostomie).
Gottstein 723 (Skoliose).
Gougerot 1008 (Schleimhautkeloide).
Goullioud 94 (Mastdarmkrebs).
Gourdet 778 (Radikalkur des Nabelbruches).
Gourévitch 94 (Hirschsprung'sche Krankheit).
Goyanes 1039 (Darmstenose).
— 1074 (Lidplastik).
Graessner 514 (Röntgenogramme von Osteomalakie, Skoliose und Wirbelfrakturen).
— 703 (Oberschenkelbrüche).
Graefe 459 (Ovariotomie in der Schwangerschaft).
Gräff 815 (Sprungbeinbruch).
Graf 271 (Milzverletzung).
Granfeld 131 (Periodisches Erbrechen und Appendicitis).
Graser *86* (Nabel- und Bauchwandbrüche).
— 216 (Wundbehandlung).
— 328 (Appendicitis).
Grashey 1053 (Fremdkörper und Röntgenstrahlen).
Gratschoff 255 (Leistenbrüche).
de Grau 657 (Harnröhrenstrikturen).
Gray 718 (Behandlung mit Serum).
— 1388 (Bösartige Blasenerkrankungen).
Greaves 492 (Darmperforation bei Typhus).
Greene-Cumston 29 (Leistenbruch).
Gregoire 285 (Nephrotomie).
— 661 (Nierenchirurgie).
Gregor 1204 (Narkotisierung und Anästhesierung).
McGregor 239 (Angeborene Halsgeschwulst).
— 1317 (Thrombose der V. iliaca ext.).
Greiffenhagen 533* (Respirationsstörungen infolge medullärer Stovainanästhesie).
Grills 708 (Mangel einer Hirnhemisphäre).
Groeber 1156 (Verlagerung der Luftröhre).
Grohe 1318 (Absprengung am Oberschenkelkopf).
Gross 197* (Alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallenfistel).
— 267 (Skelettverletzungen).
— 612 (Lymphangiektasie).
— 1001 (Lymphangiektasie der Leiste).
Grossmann 294 (Urinfänger).
— 686 (Pylorospasmus).
— 1328 (Mastoidoperation).
Grounauer 165 (Klumpfuß).
Grube 169 (Vorderer Scheiden-Leibschnitt).
— 1072 (Hyperämiebehandlung).
Grünberger 1006 (Tetanus).
Grünwald 84* (Rhinochirurgische Mitteilungen).
Grulee 325 (Herzechinokokkus).
Grunert 1335 (Freilegung des Bulbus v. jugul).
Grunmach 514 (Leiden des Oberkiefers nach Untersuchungen mit Röntgenstrahlen).
Grünwald 972* (Pharyngotomia suprahyoidea).
Grusdew 1103 (Fremdkörper in der Bauchhöhle).
Guermonprez 288 (Knochenbrüche).
Gümbel 459 (Callus).
Guffey 107 (Spondylitis deformans).
Guibal 11 (Herzchirurgie).
Guisez 777 (Ösophagoskopie).
Guiteras 358 (Blasenektopie).
Guleke 429 (Akute Pankreaserkrankungen).
Gunkel 327 (Appendicitis).
Guradze 1292 (Genu valgum).
Gussew 112 (Schädelsarkom).
Gutbrod 1259 (Cystoskopie).
Guth 788 (Luxation des Penis).
Guthrie 640 (Operative Gefäßvereinigung).
— 941 (Bauchfelltuberkulose).
Gutierrez 459 (Chronische Osteomyelitis).

Haasler *13* (Stauungshyperämie).
— 978 (Hirngeschwulst).
— 1287 (Cholecystektomie und Hepatopexie).
Haass 116 (Lidplastik).
v. Haberer 181* (Technik der Blinddarmoperation).
— 813 (Mißbildung).
— 814 (Knochencysten).
— 1366 (Verengerungen am Pylorus).
Habs *6*, 324 (Stauungshyperämie).

Hackenbruch 393* (Rückenmarksanalgesie).
— 1116 (Schmerzverhütung in der Chirurgie).
v. Hacker 431 (Harnröhrenplastik).
— 1185* (Pharyngotomia suprahyoidea).
Hackmann 908 (Bruch des Os naviculare carpi).
Haeckel 792 (Gefäßunterbindung bei puerperaler Pyämie).
Haecker 1083 (Cardiaverschluß der Speiseröhre).
Haedke 415 (Darminvagination).
Hagen 417* (Intermediäroperation bei akuter Appendicitis).
— 835 (Anästhesierungsfrage).
Hagen-Torn 1336 (Augenhöhlengeschwülste).
Haggard 1098 (Kongreßbericht).
Hagmann 836 (Lithotripsie).
Hahn 178* (Blinddarmoperation).
— 335 (Gekröscysten).
— 712 (Stangenlager).
Haim 239 (Penetrierende Brustkorbverletzungen).
— 251 (Appendicitis).
— 517 (Magenwunde).
— 950* (Retrograde Darminkarzeration).
Hallé 646 (Tuberkulose des Harnapperates).
Hallion 191 (Catgut).
Hallopeau 828 (Bösartige Prostatageschwülste).
Halstead 850 (Hernia inguino-properitonealis und inguino-interstitialis).
— 860 (Akute postoperative Magenerweiterung).
Halsted 880 (Tuberkulosebehandlung).
Halter 601 (Schußverletzungen).
Hamdi 92 (Zwerchfellsbruch).
Hamilton 171 (Angeborene Synostose der beiden oberen Radio-Ulnargelenke).
— 607 (Kniescheibenbruch).
Hamm 833 (Aktinomykose).
Hamman 358 (Prostatahypertrophie).
Hammerschlag 966 (Trigeminusneuralgie).
Hammes 1272 (Lehrbuch der Narkose).
Hancock 511 (Duodenocholedochotomie).
Handley 230 (Brustkrebs).
Hanley 858 (Peritonitis durch Netztorsion).
Hannes 491 (Bauchdeckennaht).
Hans 924* (Eröffnung der Speiseröhre).
— 1241* (Fadendrainage).
v. Hansemann 124 (Geschwulstlehre).
Hansen 134 (Angeborene Bruchsäcke).
Hansson 149 (Papillom d. Gallenblase).
Harris 169 (Nierenenthülsung).
— 446 (Chirurgie der Gallenblase).
— 598 (Bacillus mortiferus).
Harrison 445 (Splenektomie)
— 1218 (Appendicitis).
Harry 1000 (Psoashämatome).
Harte 10 (Intraspinale Geschwülste).
Hartmann 1008 (Diphtherie).
— 1315 (Oberarmhalsbruch).
Haubold 605 (Oberarmbruch).
Haudeck 588 (Orthopädische Chirurgie).
— 595 ((Klumpfuß).
— 605 (Manus vara).
Hauswirth 237 (Halsrippe).
Haward 547 (Phlebitis und Thrombosis).
Hawkes 1374 (Gallensteine).
Hawkins 400 (Darmkrampf und Appendicitis).
Hayd 327 (Bauchverletzungen).
— 912 (Doppelamputation der Unterschenkel bei Diabetes).
Head 424 (Physiologie der Empfindung).
Hecht 227 (Kehlkopfstenose).
Hecker 581 (Tetanus).
Hedinger 1270 (Aneurysma spurium).
Heermann 1081 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Heide 1178 (Kavernöses Angiom der Unterextremität).
Heidenhain *9* (Stauungshyperämie).
— *59* (Zungenkrebs).
Heilbronner 232 (Geistesstörungen nach Hirnerschütterung).
Hein 542 (Ureterocystoneostomie).
Heine 190 (Augenuntersuchungen).
— 443 (Mittelohrentzündung).
— 1077 (Otogene Meningitis).
— 1086 (Otologisches).
Heineke 276 (Novokain).
Heinrich 517 (Bougierung der Speiseröhre).
— 887 (Hysterische Gestaltveränderung der Wirbelsäule).
Helber 235 (Parotitis).
Helbing 1172 (Coxa vara).
Held 1333 (Eitrige Meningitis).
Helferich 795 (Knochenbrüche und Verrenkungen).
Heller *12* (Stauungshyperämie).
— 927 (Stauungs- und Saugtherapie).
Hellin 427 (Doppelseitiges Empyem).
Helmholz 624 (Rankenneurom).
Helsmoortel 389 (Lumbalpunktion bei Ohrenleiden).
Helstedt 580 (Verbrennungstod).
Henke 6 (Mikroskopische Geschwulstdiagnostik).
Henle *41* (Nervenschüsse).
Henne 955 (Appendicitis).
Henrici 982 (Bronchoskopie).
— 1086 (Otologisches).

Henschen 1261 (Nierengeschwülste).
Herberg 569 (Mit Kohlenstückchen durchsetzte Narbengeschwulst).
Hercog 885 (Zahnverletzungen).
Herescu 657 (Harnröhrenstrikturen).
v. Herff 1055 (Catgutsterilisation).
Herhold 498* (Erster Verband auf dem Schlachtfelde).
— 655 (Bier'sche Stauung bei entzündlichen Leiden).
— 704 (Verletzungen der Metatarsalknochen).
Hermes 599 (Rückenmarksanästhesie).
— 876 (Gallensteinileus).
Herringham 863 (Riedel's Leberlappen).
Herrman 1336 (Totale Oberkieferresektion).
Herrmann 603 (Federnde Streckapparate).
Hertzka 232 (Klammernaht nach Michel).
— 840 (Fingerfreies Einfädeln).
Herxheimer 1125 (Cystenbildungen der Niere).
Herz 705* (Veraltete Schenkelhalsbrüche).
Hess 102 (Röntgenbild bei Basisgeschwulst).
Hesse 444 (Herzwunde).
— 606 (Deformierende Hüftgelenkentzündung).
Hessmann 152 (Unterbindung der A. subclavia).
Hetherington 813 (Extensionsschiene).
Heuer 863 (Pankreas der Katze).
Heusner 209* (Jodbenzindesinfektion).
— 260* (Separator für den Urin beider Nieren).
— 286 (Knochenbrüche).
— 670 (Bruchoperationen).
Hewitt 1390 (Einfluß von Infektionen und Intoxikationen auf die Nieren).
Heyde 1225* (Jodoformgazesterilisation).
Heyerdahl 549 (Fremdkörper).
Heymann 143 (Pankreaserkrankungen).
— 149 (Pylephlebitische Leberabszesse).
— 892 (Cystitis trigoni).
Hildebrandt *42* (Schädelschüsse).
— 73 (Lumbalanästhesie).
— 102 (Röntgenbild bei Basisgeschwulst).
— 170 (Muskeltransplantation).
— 346 (Bluterguß bei Heilung der Knochenbrüche).
— 365 (Jahresbericht).
— 696 (Gelenkexstirpation).
— 697 (Schädelverletzungen).
— 701 (Verrenkung des Os lunatum carpi).
Hilgenreiner 407 (Geschwüre und Fisteln des Magen- und Darmkanals).
— 1239 (Herniologisches).
Hill 1069 (Riesenzellensarkome).
Hinsberg 883 (Labyrintheiterung).
— 1333 (Eitrige Meningitis).
Hinterstoisser 789 (Angeborene Blasenspalte).
v. Hippel 314 (Appendicitis).
Hirsch 268 (Gonorrhoische Gelenkentzündung).
— 479 (Meteorismus und Kreislauf).
— 499* (Technik der Rückenmarksanalgesie).
— 595* (Epidurale Injektionen).
— 908 (Medianusverletzung).
— 1289 (Frakturen von Handwurzelknochen).
Hobart 791 (Fibrom der Nierenkapsel).
Hoch 1258 (Urologische Operationen).
Hochenegg 508 (Appendektomie bei Ileocoecalschmerz).
— 518 (Dickdarmkrebs).
— 1163 (Jahresbericht).
Hodara 570 (Acanthosis nigricans).
Höhne 748 (Appendicitis).
Hölscher 1335 (Paraffinausfüllung von Operationshöhlen im Felsenbein).
Hoepfl 326 (Bauchverletzungen).
Hörmann 455 (Chorioepitheliom).
Hörz 1372 (Traumatische Milzzerreißung).
Hoffa 158, 693 (Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern).
— 247 (Atlas der orthopädischen Chirurgie).
— 512 (Traumatische Gelenkentzündung).
— 895 (Malum coxae senile).
— 1012 (Röntgenbilder nach Sauerstoffeinblasung in das Kniegelenk).
— 1130 (Antituberkuloseserum Marmorek).
— 1275 (Röntgenatlas).
Hofmann *32* (Knöcherne Ankylosen).
— 299 (Extensionsbahre).
— 359 (Extensionsverband).
— 816 (Partieller Riesenwuchs).
— 1062* (Zwei Modifikationen der Matratzennaht).
— 1177 (Extensionsverfahren).
— A. 51* (Ringknoten).
— C. 667* (Unterschied zwischen der Beckenbodenplastik und der Dammplastik).
Hoffmann 42 (Röntgenstrahlen).
— 573 (Appendicitis).
— 613 (Myelomatose, Leukämie und Hodgkin'sche Krankheit).
— 744 (Aktinomykose des Kehlkopfs).
— 845 (Darmdesinfektion).
— 1086 (Otologisches).

Hofmeister 93 (Mechanischer Darmverschluß).
Hohmann 900* (Knochenhebel für Osteotomien).
— 1016 (Plattfuß).
— 1195 (Gelenkkontrakturen).
Holländer 307 (Karikatur und Satire in der Medizin).
— 1329 (Tuberkulose der Mund- und Nasenschleimhaut).
Holzknecht 25 (Röntgenblenden).
— 851 (Röntgenologische Untersuchung des Magens).
— 1060 (Röntgenoskopie des Magens).
Homberger 1301 (Venöse Hyperämie).
Homén 1140 (Bakteriengifte).
Honigmann 333 (Pankreascysten).
Honneth 223 (Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
van Hoogenhuyze 501 (Verbrennungstod).
Van Hook 669 (Kurze Hautschnitte bei Operationen).
— 882 (Trigeminusneuralgie).
Horn 101 (Paraffin in der Chirurgie).
— 1341 (Eitrige Brustfellentzündung).
Horsley 1144 (Operationen am Gehirn).
Horwitz 280 (Blasenriß).
Hotchkiss 1218 (Appendicitis).
Hoton 717 (Chloräthylnarkose).
Hottinger 1247 (Nierentuberkulose).
Houzel 151 (Unterbindung der V. cava inf.).
v. Hovorka 1280 (Ausfüllung hohler Räume).
v. Huber 687 (Innere Einklemmung).
Hübscher 608 (Achillotomie).
Huet 1130 (Latente Tuberkulose).
Hüter 490 (Osteoidsarkom der Brustdrüse).
Huismans 625 (Hirngeschwülste).
Hunt 1006 (Abszeß mit Protozoen).
Hunziker 935 (Knochenbildung in Kröpfen).
Hutton 574 (Herniologisches).

Iden 410 (Bauchschuß).
Ikonnikow 1373 (Lebercysten).
Illyés 542 (Essentielle Nierenblutung).
Imhofer 1009 (Tonsillitis).
Immelmann 25 (Erkrankungen des Hüftgelenkes).
— 679 (Nachweis von Konkrementen mit Röntgenstrahlen).
— 1359 (Osteoarthritis deformans coxae juvenilis).
— 1359 (Ischias scoliotica).
— 1360 (Gelenksteifigkeiten, Behandlung mit Bier'schem Saugapparat).
— 1360 (Orthophotographie der Aneurysmen und Mediastinaltumoren).
Immelmann 1360 (Röntgenverfahren).
Ingbert 1363 (Leistenbruch).
Irish 1016 (Intermittierendes Hinken).
Isaacs 472 (Eierstocksdermoid).
Isaja 74 (Isotachiol).
Ischmann 878 (Staphylokokkenerysipel).
Iselin 1050 (Klinisch-therapeutisches Handbuch).
Isnardi 516 (Herznaht).
Israel 1005* (Erhaltung des Weichteilnasengerüstes bei Oberkieferresektion).
Ito 330 (Magenkrebs).
— 959 (Tuberkulöse Darmstrikturen).
Iwanow 115 (Radikaloperation der Stirnhöhle).

Jaboulay 1370 (Meckel'sches Divertikel).
Jacobsohn 1136 (Stichverletzung der schwangeren Gebärmutter).
Jacobson 74 (Melioform).
— 472 (Eierstocksangiom).
Jacoby 192 (Behandlung von Brandwunden).
Jäger 204 (Magen- und Bauchwandresektion).
Jaegy 1136 (Nierengeschwülste).
Jaffé *112* (Milzexstirpation).
— 1219 (Appendicitis).
Jaks 462 (Weibliches Becken).
Jakobi 995 (Dermatologische Atlanten).
Jakobsthal 71 (Naht der Blutgefäße).
Jalaguier 203 (Invagination des Wurmfortsatzes in den Blinddarm).
Janssen 621* (Exstirpation des Penis mit Resektion des Scrotum).
Janz 300 (Stichverletzungen der Hand).
Jaquet 1157 (Mediastinalgeschwulst).
— 1360 (Köhler'sche Verbesserung der Röntgentechnik).
— 1360 (Plastische Röntgenbilder).
Jastschinski 916 (Trepanation des Warzenfortsatzes).
Jeanbran 170 (Amputatio interscapulothoracica).
— 711 (Alter Klumpfuß).
— 1353 (Innere Hernie durch das Foramen Winslowii).
Jepson 335 (Gekröscysten).
— 1362 (Bauchhöhlendrainage).
Joachimsthal *128* (Fußdeformitäten).
— 245 (Handbuch der orthopädischen Chirurgie).
Johnson 555 (Bauchfelltuberkulose).
— 982 (Bronchoskopie).
Johnstone 298 (Retroperitonealfibrolipom).

Joly 1247 (Hydrokele).
Jones 761 (Bösartige Geschwulst des Warzenfortsatzes).
— 999 (Komplikationen von Schulterverrenkung).
Jonnesco 29 (Pylorospasmus mit Magenhypersekretion und Tetanie).
— 686 (Pylorospasmus).
Jordan 571 (Hydroa vacciniformis).
Joseph 567* (Technik der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie).
Jottkowitz 602 (Pseudarthrosen).
Jouffray 983 (Asphyxie der Kropfoperationen).
Jungano 893 (Unterbindung der Nierengefäße).
— 1126 (Unterbindung der Nierenarterie).
— 1126 (Unterbindung der Nierenvene).
— 1383 (Nierenveränderungen).
Jungmann 976 (Röntgenologisches).
Jurčić 1178 (Hyperphalangie der Daumen).

Kaatz 236 (Halsfisteln).
Kablukoff 95 (Echinokokken der Bauchhöhle).
— 148 (Milzechinokokkus).
— 599 (Echinokokkus).
Kachler 1369 (Traumatische Darmverengerung).
Kaefer 274* (Akute eitrige Entzündungen mit Stauungshyperämie).
Kaehler 814 (Doppelseitiger teilweiser Schienbeindefekt).
Kallionzis 162 (Gebärmutterkrebs).
Kallius 1078 (Geruchs- und Geschmacksorgan).
Kanzler 415 (Dünndarmkrebs).
Kaposi 225 (Chirurgie der Mundhöhle).
Kappeler 573 (Appendicitis).
Kapsammer 830 (Diagnostik der Nierenfunktion).
Karewski 1348 (Catgut).
Karpa 1108 (Darmverschluß).
Karrenstein 490 (Osteoidsarkom der Brustdrüse).
— 1096, 1237 (Appendicitis).
Karrer 811 (Kahnbeinbrüche).
Katholitzky 630 (Thymustod).
Katzenstein 275 (Arterieller Kollateralkreislauf).
— 1065 (Änderung des Magenchemismus nach Gastroenterostomie).
Kaufmann 291 (Geschwülste der Carotisdrüse).
— 527 (Santyl).
Kausch 121* (Duodenalstumpfbehandlung bei der Resektionsmethode Billroth II).
— 124 (Knochenimplantation).
McKay 1160 (Ergotingangrän).
Keen 215 (Chirurgie).
— 1387 (Geschwulst der Carotisdrüse).
Keetley 91 (Appendicostomie).
De Keersmaecker 660 (Cystitis tuberculosa).
— 1259 (Harnröhrensteine).
Kehr 753 (Gallensteinkrankheiten).
Kelling *5* (Blut Krebskranker).
— 250 (Sensibilität im Bauch).
Kelly 884 (Teleangiektasien in Haut und Schleimhäuten des Gesichts).
— 1045 (Harnleiterstriktur).
— 1246 (Harnleiter- und Nierensteine).
Kenyeres 416 (Selbstverstümmelung).
— 809 (Angeborene und erworbene Mißbildungen).
McKenzie 880 (Lokale Stovainwirkung).
Keppler 218 (Stauungshyperämie).
— 1327 (Stauungshyperämie bei eitrigen Ohrerkrankungen).
Kern 1012 (Aneurysma popliteum).
Kessler 451 (Operationsdauer und postoperativer Verlauf).
Kettner 1312 (Kleinkaliberschußverletzungen).
Keydel 1245 (Blasengeschwülste).
v. Khautz jun. 594 (Fibularbrüche).
Kienböck 25 (Röntgenblenden).
— 269 (Röntgenstrahlen gegen Mediastinalgeschwülste).
— 821 (Röntgenbehandlung der Sarkome).
— 822 (Dosimeter).
Kijewski 120 (Stich- und Schußwunden der Lunge).
Kjew-Petersen 611 (Leukocyten bei der Lungentuberkulose).
Kikuzi 1268 (Traumatische Aneurysmen bei Schußverletzungen).
Kimla 1121 (Malakoplakie der Harnblase).
King 592 (Schlüsselbeinbruch).
Kingmann 164 (Männlicher und weiblicher Handtypus).
Kirchberg 371 (Röntgenschädigungen).
Kirchmayer 626 (Gesichtsmißbildung).
Kirchmayr 1296 (Milzabszeß).
Kirchner 1176 (Mittelfußfrakturen).
— 1176 (Os Vesalianum tarsi).
Kirmisson 367 (Chirurgie des Kindes).
Kirschner 192 (Paraffininjektion).
Kirstein 331 (Subkutane Mastdarmabreißung).
— 710 (Ellbogenverrenkung).
Klaer 740 (Wirbelbruch).
Klar 1160 (Angeborene Osteodysplasie).
Klapp *16* (Schröpfverfahren bei chirurgischer Tuberkulose).

Klapp 108 (Skoliotische Versteifungen).
— 227 (Skoliose).
— 799 (Behandlung der Skoliose mit dem Kriechverfahren).
Klauber 120 (Molluscum contagiosum).
— 537 (Brucheinklemmung).
— 811 (Veraltete Vorderarmverrenkung).
Klaussner 47 (Mißbildungen der menschlichen Gliedmaßen).
Klemm 28 (Cysten des Wurmfortsatzes).
— 55 (Mesenteriale Chylangiome).
— 560, 847 (Appendicitis).
Klemperer 65 (Deutsche Klinik).
Klesk 102 (Hirnrinde).
Klett 519 (Leberschuß).
Klose 541 (Intravesikale Operationen).
— 1046 (Harnleitercyste).
Klug 114, 115 (Otologisches).
Knaggs 270 (Retroperitoneale Hernie).
Knight 583 (Äthylchlorid).
Knoll 294 (Krebs der weiblichen Harnröhre).
Knott 671 (Perforationsperitonitis).
Knowlton 862 (Dickdarmgeschwulst).
Kob 164 (Schenkelhalsbrüche).
Kobylinski 1088 (Kehlkopfpapillome).
Koch 396 (Darmlagerungen).
— 479 (Ungewöhnliche Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes).
Kocher *70* (1000 Kropfexzisionen).
— 108 (Jodausscheidung bei Kropfbehandlung).
— 918 (Pathologie der Schilddrüse).
— 1313 (Knochensarkom).
Kock 282 (Blutkryoskopie bei Nierenleiden).
Köhl 1207 (Chirurgie der Augenhöhle).
Köhler 48 (Anatomie des Hüftgelenks und Oberschenkels).
— 613 (Transfusion und Infusion).
— 1069 (Traumatisches Ödem).
Koehne 881 (Schädelplastik).
Kölliker *84* (Ösophagoskopisches).
Koellreuther 742 (Kieferhöhlenempyem).
— 1087 (Extraktion eiserner Fremdkörper aus Nase und Ohr).
König *27* (Traumatische Osteome).
— 255 (Appendicitis).
— 505 (Tuberkulose des Brustkorbes).
— 688 (Pankreasentzündung).
— 1071 (Rückenmarksanästhesie).
— 1107 (Callöses Magengeschwür).
— 1302 (Knochen- und Gelenktuberkulose).
— II 1258 (Prostatahypertrophie).
Körte 21 (Traumatischer Defekt des rechten Ohres).
— 22 (Trigeminusneuralgie).
— 22 (Magenoperationen).
Kötzle 743 (Parotitis).
Kofmann 1265* (Sehnenplastik beim paralytischen Spitzfuß).
— 609* (Paralytische Hüftgelenksluxation).
Kolle 818 (Pathogene Mikroorganismen).
Konjetzny 441 (Glykosurie nach Knochenbrüchen).
Kopits 391 (Skoliosenmessung).
— 1208 (Stützkorsett bei Skoliose).
Kopfstein 1043 (Pankreascyste).
Korach 849 (Appendicitis).
Koplik 1377 (Schädelperkussion).
Kornfeld 278 (Bakteriurie).
Kownatzki 671 (Puerperalperitonitis).
Kraemer 37 (Chirurgische Tuberkulose).
— 450 (Tuberkulose).
Kraske *107* (Operation hochsitzender Mastdarmkrebse).
— 677 (Mastdarmresektion).
Kraus 1204 (Erythema induratum).
— 1363 (Omphalektomie).
Krause *47* (Operationen in der hinteren Schädelgrube).
— 144 (Freilegung der hinteren Leberfläche).
— 145 (Ersatz der vord. Coecumwand).
— 145 (Exstirpation des Ganglion Gasseri).
— 199 (Röntgenbehandlung der Pseudoleukämie).
— 552 (Hautblastomykose).
— 698 (Jakson'sche Epilepsie).
— 857 (Postoperativer Darmvorfall).
— 1252 (Operationen bei Hirn- und Rückenmarksgeschwülsten).
Krause-Détert 488 (Schlingenführer für Kehlkopf, Nase und Ohr).
Krecke 672 (Appendicitis).
Kredel 1137* (Blutleere der Galea bei Schädeloperationen).
Krehl 748 (Appendicitis).
Kreuter 78 (Angeborene Verschließungen und Verengerungen des Darmkanals).
Kreuzer 1350 (Magengeschwür).
Krönig *19* (Rückenmarksanästhesie im Skopolamindämmerschlaf).
— 516 (Pleurapunktion).
Krönlein *92* (Magengeschwür).
Kroiss 476 (Entzündung der Mundspeicheldrüsen).
Kromeyer 570 (Alopecie).
Kropeit 572 (Diagnose der Douglasexsudate).
Krotoschiner 1076 (Einseitige Labyrintherkrankungen).
Krueger 460 (Phokomelie).
— 1130 (Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique).

Krueger 1180 (Trochanter major).
Krumm 318 (Meckel'sches Divertikel).
— 413 (Intraabdominale Hernien).
Krusen 325 (Brustkrebs).
Kümmel 222 (Infektiöse Labyrintherkrankungen).
— 884 (Otitis media).
Kümmell 681 (Tuberkulose der Speiseröhre).
— 773 (Hypertrophie und Krebs der Prostata).
— 1096 (Appendicitis).
Küppers 840 (Wasservorwärmer).
— 984 (Sterilisierapperat).
Küster *21* (Silberdrahtnaht).
— 593 (Knieresektion).
— 598 (Chronische Sepsis durch Streptokokkenserum geheilt).
Küttner 840 (Infusionsapparat).
— 1121 (Nierenchirurgie).
Kuh 654 (Dystrophia muscularis progressiva).
Kuhn 241* (Nasen-Rachentumoren und perorale Tubage).
— 631 (Apparat zur Überdrucknarkose).
— 723 (Wolfsrachen u. perorale Tubage).
— 1072 (Hyperämiebehandlung).
— 1216 (Appendicitis).
Kummer 119 (Schilddrüseneinpflanzung).
Kusnezow 897 (Elephantiasis).
Kutner 294 (Bilharziose der Blase).
Kuttner 313 (Appendicitis).
Kutvirt 374 (Airol als Diagnostikum bei Otitis).
— 1197 (Sauerstofftherapie bei Ohrkrankheiten).
Kuzmik 1365 (Magen-Bauchwandfistel).

Lacasse 1059 (Nabelbruch).
Ladenburger 231 (Operationen).
— 1101 (Operationen an Säuglingen).
Lämmerhirt 696 (Stauungshyperämie).
Läwen 60 (Hydronephrose).
— 276 (Novokain).
— 767 (Äußere Fisteln bei Atresia ani s. recti).
Lafite-Dupont 977 (Meningitis nach Labyrinthitis).
Lair 708 (Schädelbruch).
Lambotte 1165 (Operative Behandlung von Knochenbrüchen).
Lancereaux 1295 (Aneurysmen).
Landow 1071 (Rückenmarksanästhesie).
Lane 158 (Frakturbehandlung).
— 538 (Operationen gegen Verstopfung).
Lang 1102 (Lähmungen nach Lumbalanästhesie).
Lange 807 (Stereoskopische Röntgenaufnahmen).
Lange 808 (Therapie des Klumpfußes).
Langenecker 605 (Zerreißungen des Plexus brachialis).
Lannois 114 (Otologisches).
Lanphear 766 (Gangrän des Dickdarmes).
Lanz 315 (Appendicitis).
— 351 (Abrißfraktur des Fortsatzes der oberen Schienbeinepiphyse).
Lapeyre 413 (Perforierendes Magengeschwür).
— 778 (Appendicostomie).
Lapointe 1048 (Nebennierengeschwulst).
Lardennois 779 (Enterorektoanastomose).
Lasek 309 (Somnoform).
Lassabatie 781 (Therapie der Varikokele).
Lassar 126 (Geschwulstlehre).
Latkowsky 1270 (Blutinfusionen).
Lauenstein 959 (Murphyknopf).
— 973* (Die nachträgliche Entfernung eingewachsener oder eingeklemmter Gazestreifen).
— 1074* (Koxitis).
Laurens 1384 (Mastoiditis).
Laval 614 (Neues französisches Infanteriegeschoß).
Lazarus 371 (Lumbalanästhesie).
— 591 (Gelenkentzündungen).
Lebram 1329 (Arrosion der Carotis).
— 1335 (Störungen des Gehörorgans nach Carotisunterbindung).
— 1335 (Arrosion des Sinus transversus).
Lecène 168 (Epitheliom der Harnröhre).
— 741 (Branchialcyste).
Leclerc 598 (Kopftetanus).
Ledderhose 1093 (Blutlauf in den Hautvenen).
Lederer 1041 (Hämorrhoiden).
Ledinger 980 (Mandelgeschwulst).
Ledo 382 (Beingeschwüre).
Leedham-Green 891 (Harnblasenverschluß).
— 1120 (Mechanismus des Blasenverschlusses).
Leeming 494 (Darmverschluß).
Legrand 677 (Milzabszeß).
Legrange 777 (Glaukom).
Legueu 1124 (Wanderniere).
Lehmann 248 (Operationslehre).
— 391 (Pleuritis im Röntgenogramm).
— 391 (Perikarditis im Röntgenogramm).
Lejars 716 (Technik dringlicher Operationen).
— 778 (Eingeklemmte Lumbalhernie).
— 1111 (Drainage der Gallenwege).
Lejars-Strehl 716 (Technik dringlicher Operationen).
Lemere 1385 (Osteom der Nase).

Lengfellner 1083* (Zelluloideinlagen in Verbindung mit Filz u. Gummi).
Lenhartz 663 (Venenunterbindung gegen Puerperalfieber).
Lenk 258 (Mastdarmstrikturen).
Mac Lennan 175 (Sequestrotomie am Schienbein).
Lennander 244, 871 (Lokale Anästhesie und die Sensibilität der Organe und Gewebe).
— 250 (Schmerzen im Bauch).
— 556 (Akute Peritonitis).
— 843 (Leibschmerzen).
— 845 (Darmkolikschmerzen).
Lenormant 128 (Echinokokken der Bauchwand).
— 408 (Mastdarmvorfall).
— 1116 (Herzmassage in der Chloroformsynkope).
Lenzi 628 (Angeborene Halscyste).
— 628 (Zungenkropf).
Lepuyer 1016 (Schlüsselbeinbruch).
Lerda 190 (Sensibilitätsentwicklung in Narben und Einpflanzungen).
Léri 1315 (Spondylosis rhizomelica).
Leriche 137 (Magenkrebs).
— 204 (Leiomyom des Magens).
— 316 (Magen- und Duodenalfisteln nach Pylorektomie).
— 334 (Pankreascysten).
— 1365 (Perforierendes Magengeschwür).
Leisewitz 455 (Weibliche Geschlechtsteile und Blutbeschaffenheit).
Leschnew 1245 (Blasengeschwülste).
Leser 5 (Allgemeine Chirurgie).
— 1049 (Spezielle Chirurgie).
Lesser 814 (Abreißung des schnabelförmigen Schienbeinfortsatzes).
Lessing 564 (Lageveränderung des Dickdarmes bei Aufblähung).
Leube 1109 (Pseudotuberkulose im Dickdarm).
Gevers Leuven 1128* (Luxation des unteren Endes der Ulna).
Levaditi 637 (Spirochaete pallida).
Lévai 712 (Malum perforans pedis).
Leven 404 (Röntgenuntersuchungen des Magens).
— 1059 (Magen beim Erwachsenen und Kind).
Levin 120 (Ruderapparat).
— 1130 (Antituberkuloseserum Marmorek).
Lévy 1207 (Facialiskrampf).
Levy-Dorn 513 (Dosierung der Röntgenstrahlen in der Praxis).
— 774 (Harnsteine).
Lewen 674 (Röntgenoskopie d. Magens).
Lewiasch 910 (Coxitis tuberculosa).
Lewin 636 (Geschwülste bei Tieren).
Lewinsohn 146 (Zwei Karzinomfälle).
Lewonewski 1364 (Verschluckte Mantelgeschosse).
Léwy 882 (Trigeminusneuralgie).
Lexer *9*, 696 (Stauungshyperämie).
— *24* (Knochencysten).
— *119* (Radiusbruch).
— 497* (Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen).
— 625 (Neuralgie im 3. Trigeminusast).
— 626 (Ersatz des Septum cutan.).
v. Leyden 65 (Deutsche Klinik).
— 591 (Gelenkentzündungen).
Libman 1294 (Bakterien in infiziertem Blut).
Lichtenberg 282 (Pyelographie).
— 773 (Akzessorische Gänge am Penis).
Lichtenstern 792 (Torsion eines Leistenhodens).
— 1288 (Nephrektomie).
Liebl 372 (Lokalanästhesie).
Lieblein 28 (Appendicitis).
— 407 (Geschwüre und Fisteln des Magen-Darmkanals).
Liek 1114 (Heteroplastische Knochenbildung).
Lilienfeld 353 (Brüche der Tub. ossis metatarsi V. und des Proc. post. tali).
Lindner 229 (Chirurgie des Herzbeutels).
— 416 (Thrombose der Gekrösgefäße).
Lindsay 920 (Bösartige Lungengeschwülste).
Liné 1158 (Herznaht).
Linnartz 726* (Neue Klemme zur Gastroenterostomie und Enteroanastomie).
Linnich 857 (Bauchdeckendesmoid).
Litthauer 762 (Leistenbrüche).
Lloyd 297 (Nekrose der Nierenrinde).
Loeb 414 (Magen-Lungenfistel).
— 934 (Verletzung des Conus terminalis).
— 1051 (Geschwulstwachstum).
Löhlein 355 (Echinokokkus der Leber).
— 355 (Lungenschuß).
— 355 (Abreißung des Dünndarmes).
Löser 26 (Röntgenbehandlung des Krebses).
Löw 643 (Blasenverschluß).
Löwenstein 1189 (Trauma und Sarkom).
Lohnstein 826 (Chronische Gonorrhöe).
Lomax 409 (Speiseröhrenzerreißung).
Long 688 (Choledochusverschluß).
Longard 765 (Traumatische Darmstenose).
Looser 88 (Osteogenesis imperfecta congenita und tarda).
Lop 975 (Tetanus).
Lorenz 149 (Gallensteinoperation).
— 802 (Koxitisbehandlung).
— 1290 (Malum coxae senile).
Lossen *125* (Unterschenkelvaricen und Geschwüre).

Lossen 975 (Stauungshyperämie).
Losio 358 (Prostatahypertrophie).
Lotheissen 292 (Speiseröhrenerkrankungen).
— 577* (Ätiologie der punktförmigen Hämorrhagien).
— 849 (Traumatische Hernien).
Lotsch 576 (Atresia ani vesicalis).
— 908 (Radiusdefekt).
Loumeau 789 (Prostatektomie).
— 1136 (Nierengeschwülste).
Love 616 (Otologisches).
Lower 281 (Erkrankungen der Harnblase).
Lucas-Championnière 778 (Resektion des Samenstranges).
Lücke 295 (Blasenhernie).
Lüders 1153 (Syringomyelie).
Lüning 1259 (Nieren- und Harnleiterchirurgie).
Luckett 101 (Paraffin in der Chirurgie).
— 990 (Tetanus).
Ludloff 378 (Verletzungen der Lendenwirbel und des Kreuzbeines).
— 1148 (Auskultation der Wirbelsäule und des Beckens).
Luke 738 (Äthylchlorid).
Lundblad 492 (Bruchoperationen).
Lusena 41 (Verletzungen des Ductus deferens und Tonus des Blasenschließmuskels).
— 619 (Glandulae parathyreoideae).
Luys 645 (Messung des Umfanges des Nierenbeckens).
Lydston 39 (Harnröhrenplastik).
— 1128 (Anastomosierung des Ductus deferens).
Lynch 1293 (Kriegsbericht).

Macartney 760 (Bauchfelltuberkulose).
— 1319 (Zerreißung der Achillessehne).
Maccoulard 749 (Wurmfortsatzhernie).
Macewen 998 (Lungenchirurgie).
Machol 154* (Anwendung der strömenden Wasserkraft in der Chirurgie und Orthopädie).
Mackenrodt 544 (Gebärmutter-Scheidenkrebs).
Mackenzie 1011 (Lipom des Herzbeutels).
— 1366 (Verengerungen am Pylorus).
Maclean 63 (Elephantiasis von Vulva und Bein).
Macomber 1152 (Angeborene Mundmißbildung).
Mader 982 (Röntgentherapie in den oberen Luftwegen).
Maeder 59 (Blasenzerreißung).
Maffre 1157 (Brustschuß).
Magnus 235 (Erkrankungen der Nase und der Nebenhöhlen).
Maier 1334 (Geschmacksstörungen bei Mittelohrerkrankungen).
Mahlecke 809 (Sehnentransplantationen).
Malafosse 528 (Syphilisbehandlung).
Malcolm 1023 (Appendicitis).
Malherbe 777 (Mittelohrentzündung).
Mandrila 643 (Desinfektion der Harnwege).
v. Mangoldt 665* (Bedeutung des Bruit de pot fêlé am Abdomen).
Manicatide 336 (Echinokokkuscyste).
Mann 1157 (Brusthöhlengeschwülste).
Manning 1168 (Schlüsselbeinbrüche).
Manninger 1064* (Retrograde Darminkarzeration).
Marchais 639 (Massage bei Phlebitis).
Marchesi 171 (Schnellender Finger).
Markus 240 (Traumatische Mitralinsuffizienz).
Marie 1315 (Spondylosis rhizomelica).
Marmetschke 835 (Anästhesierungsfrage).
Martens 192 (Behandlung von Knochenbrüchen).
— 661 (Nierenchirurgie).
Martin 135 (Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren).
— 764 (Duodenalgeschwür).
— 811 (Handlipome).
— 1109 (Darmverschluß).
— 1380 (Schilddrüsenvergrößerung).
Martina 56 (Harnröhrenplastik).
— 277 (Sakrococcygeale Fisteln).
— 1183 (Myxofibrosarcoma der Bursa achillea post.).
— 1278 (Fettgewebsnekrose).
Martini 283 (Schaffung neuer Blutbahnen für die Niere).
— 629 (Durchtrennung des Vagus).
— 629 (Angiom des Halses).
Martinez 1273 (Chloroformierung Herzkranker).
Marshall 1141 (Antibakterielle Wirkung von Silberpräparaten).
Masland 1206 (Trepanationstechnik).
Matas 641 (Milzbrand).
Massier 1380 (Empyem des Sinus frontalis).
— 1386 (Mandeltuberkulose).
Mathieu 614 (Neue französische Infanteriegeschosse).
— 838 (Hydronephrose).
Matthes 750 (Darminfarkte).
Mauclaire 285 (Synorchidie).
— 662 (Operative Synorchidie).
— 984 (Herzmassage).
Maunsell 539 (Gastroenterostomie).
— 766 (Volvulus des Blinddarmes).
Mavrojannis 741 (Halsfistel).

Mayer 387 (Orthopädie).
— 504 (Chirurgie des Brustkorbes).
Mayet 1106 (Herniologisches).
Mayo 676 (Mastdarmkrebs).
— 896 (Krampfadern).
— 1374 (Operationen an Leber u. Gallenwegen).
Mayrhofer 1152 (Wangenfistel).
Mazzoni 96 (Amputation einer Lebergeschwulst).
Meier 581 (Tetanus).
Meirowsky 570 (Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen).
Meissl 390 (Wangenplastik).
Meleschin 682 (Bauchdeckenzerreißung).
Menard 462 (Hüftgelenkentzündung).
Mendès 1388 (Hoher Blasenschnitt).
Menne 403 (Magenverletzungen).
— 562 (Magenkrebs und Trauma).
Mencière 782 (Orthopädische Operationen).
Menschikow 905 (Blasenriß).
Merlot 896 (Schrägbrüche d. Schienbeins).
Mermingas 233 (Jackson'sche Epilepsie).
Mertens 1345* (Fistelbehandlung).
Mestral 1055 (Händedesinfektion).
Methling 957 (Zwerchfellbrüche).
Metzentoum 200 (Radium).
Meyer 708 (Faltungsbrüche).
— 964 (Regeneration von Lymphdrüsen).
— 1117 (Rettungs- und Krankenbeförderungswesen).
Michaelis 635 (Geschwülste bei Tieren).
— 764 (Autointoxikation bei Pylorusstenose).
Michel 848 (Appendicitis).
Michelau 519 (Leberabszeß).
Micholski 1199 (Basedow'sche Krankheit).
Mieck 235 (Erkrankungen der Nase und der Nebenhöhlen).
— 1151 (Osteome der Kieferhöhle).
Miles 1034 (Perforierendes Magen- und Duodenalgeschwür).
— 1104 (Perforationsperitonitis).
Milkó 1205 (Narkotisierung und Anästhesierung).
— 1236 (Perforierende Magen- und Duodenalgeschwüre).
Miller 1317 (Varicen des Beines).
Mills 997 (Hirngeschwülste).
Milne 94 (Mastdarmkrebs).
Milner 354 (Angeborene Neurofibromatose).
Mindes 83* (Stauungshyperämie).
— 1359* (Benzin-Jodcatgut).
Minelli 790 (Malakoplakie der Blase).
— 1151 (Lymphomatose der Speichel- und Tränendrüsen).
Minkowski 1135 (Perirenale Hydronephrose).
Minssen 1179 (Retroperitoneale Cysten oder Senkungsabszesse).
Mirtl 386 (Heißluftapparat).
Mislowitzer 1159 (Mastitis).
Mitchell 414 (Perforierendes Magengeschwür).
Moldovan 1069 (Angeborene Hautsarkome und Fibrome).
Molek 1206 (Narkotisierung und Anästhesierung).
Moltschanow 744 (Diphtherische Kehlkopfstenose).
Momburg 922 (Herzverletzungen).
Mongeur 1277 (Gallenstein).
Monks 14 (Chirurgische Anatomie des Dünndarmes und seines Gekröses).
Monnier 1207 (Medianspalte des Gesichts).
Monod 1136 (Nierengeschwülste).
Monprofit 93, 777 (Gastroenterostomie).
— 1061 (Gastrektomie).
Moody 148 (Gestalt der Leberoberfläche).
Moore 1238 (Appendicitis).
Moran 204 (Nabelschnurbruch).
Moreau 392 (Aneurysma der A. tib. post.).
Morel 888 (Herzwunden).
— 906 (Blasenriß).
Morestin 152 (Aneurysma des oberen Hohlhandbogens).
— 173 (Aneurysmen der A. femoralis).
— 777 (Enchondrom der Glandula submaxillaris).
— 1150 (Kopf- u. Halsekchymosierung).
Mori 899* (Curette zur Entfernung eingewachsener Gazestreifen).
Morian 313 (Douglaseiterung).
Morichau-Beauchant 996 (Umschriebene akute Ödeme).
Morison 399 (Funktionen des Netzes).
Morris 12 (Mediastinale Dermoidcysten).
— 146 (Finsenlicht bei Narben und Keloiden).
— 1031 (Harnsteine).
Morton 201, 410 (Appendicitis).
— 1132 (Prostatachirurgie).
— 1272 (Anästhesie in der Chirurgie).
Moschcowitz 443 (Bier'sche Stauung gegen Akne).
— 1370 (Volvulus der Flexura sigmoidea).
— 1379 (Neuralgie des Trigeminus).
Moser 380 (Fingerverletzungen).
Moses 641 (Bubonenbehandlung nach Bier'scher Methode).
v. Mosetig-Moorhof 290 (Koxitis).
Most 176 (Osteomyelitis)
— 474 (Topographie des Lymphgefäßapparates).

M o t z 279 (Prostatahypertrophie).
— 646 (Tuberkulose des Harnapparates).
L a M o u c h e 148 (Magenkrebs).
M o u c h e t 1050 (Klinisch-therapeutisches Handbuch).
M o u l l i n 955 (Appendicitis).
— 1352 (Magenkrebs).
M o u r e 238 (Kehlkopfkrebs).
— 983 (Bronchoskopie).
M o u r e t 967 (Resektion der Nasenscheidewand).
— 1081 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
M o u r i q u a n d 116 (Peritheliom der Backe).
M o y n i h a n 136 (Bösartige Magenleiden).
— 259 (Chirurgie des Choledochus).
— 323 (Ductus choledochus).
— 493 (Magenkrebs).
— 659 (Blasenektopie).
— 861 (Sanduhrmagen).
— 945 (Darmdrainage bei akutem Darmverschluß).
M u c h a 1391 (Paranephritische Abszesse).
M ü h s a m , R. 876 (Typische Verletzung der Chaffeure).
— 877 (Nervenlähmung nach Oberarmbrüchen).
— W. 877 (Augenmuskellähmung nach Rückenmarksanästhesie).
M ü l l e r 75 (Parisol).
— 310 (Herzmassage).
— 328 (Magengeschwür).
— 874 (Mittelohreiterung).
— 1010 (Schilddrüsenkrebs und Sarkom).
— 1043 (Bauchgeschwülste).
— 1056 (Stovain).
— 1274 (Rückenmarksanästhesie).
— 1314 (Knochencysten).
— 1318 (Biegungsbrüche).
M u m m e r y 194 (Sigmoidoskopie).
— 1098 (Kolitis).
M u n r o 254 (Appendicitis).
M u r p h y 237 (Kropf).
— 336 (Fibromyom des kleinen Netzes).
— 605 (Olecranonbruch).
— 749 (Bewegungen des Magen-Darmkanals).
— 971 (Amputatio mammae).
— 992 (Ankylose).
M u r r a y 375 (Gaumenspalte).
— 402 (Leistenbruch).
— 752 (Mastdarmleiden).
— 1024 (Herniologisches).
M u s c a t e l l o 767 (Mastdarmexstirpation).
— 813 (Pathologische Hüftverrenkung).
M y l e s 160 (Blasenleiden).

N a k a y a m a 1010 (Membranbildung im Kehlkopf).
N a r a t h 1174 (Varicen der unteren Extremitäten).
N a s h 541 (Harnsteine).
N a u m a n n 1155 (Oesophagotomia externa).
N a u n y n 17 (Gallensteine).
v. N a v r a t i l 984 (Echinokokkus des Mediastinum).
— 1199 (Deckung von Speiseröhrennähten mit Schilddrüse).
M a c l e o d N e a v e 1141 (Antibakterielle Wirkung von Silberpräparaten).
N e i l d 92 (Angeborene Pylorushypertrophie).
N e i s s e r 995 (Dermatologische Atlanten).
N é l a t o n 1153 (Wirbelbruch).
N e u d ö r f e r 1117 (Kryoskopie).
N e u g e b a u e r *106* (Hirschsprung'sche Krankheit).
N e u h ä u s e r 648 (Hypernephrome).
N e u m a n n *119* (Blasenzerreißung).
— 263 (Kolonkarzinome).
— 265 (Magen- und Speiseröhrenverätzung).
— 265 (Darmschüsse).
— 267 (Traumatische Nierenverletzungen).
— 1078 (Antrotomien und Radikaloperation).
v. N e u m a n n 880 (Lepra).
N e u w i r t h 903 (Tendofasciitis calcarea).
N i c o l l 510 (Radikaloperation von Brüchen).
— 572 (Schädelresektion).
— 685 (Angeborene Pylorusenge).
— 763 (Eierstocksbruch).
— 773 (Amputatio penis).
— 789 (Cystoskopie).
— 1119 (Prostatachirurgie).
— 1337 (Zungenteratom).
N i c o l i c h 660 (Eitrige Paranephritis).
— 791 (Nephrotyphus).
N i c u l e s c u 225 (Weisheitszähne).
— 617 (Hautfisteln dentalen Ursprungs).
N i e d e r l e 1343 (Pankreaschirurgie).
N i e m i e r 787 (Herzwunden).
N i e n y 310 (Skoliosenbehandlung).
N i e s z y t k a 893 (Bruch des Tub. maj. humeri).
N i e t o 495 (Darmverschluß).
N i k o l i ć 31 (Hepatopexie).
N i m i e r 728 (Konservative Behandlung verletzter Gliedmaßen).
N i t s c h 448 (Varikokele).
N o b l e 941 (Bauchwundennaht).
N o e s k e 1193 (Hautverpflanzung).
N o e t z e l *79* (Infektion und Bakterienresorption in der Bauchhöhle).
— 492 (Peritonitisoperationen).
— 752 (Milzverletzung).
— 754 (Leberverletzungen).

Noguera 372 (Erysipel).
Noltenius 233 (Leptomeningitis).
Nordmann 24 (Exstirpation des Larynx u. Pharynx wegen Karzinom).
— 24 (Dermoidcyste des Mediastinum).
— 131 (Appendicitis).
— 974 (Stauungshyperämie).
Norris 99 (Skopolamin-Morphiumanästhesie).
Nové-Josserand 724 (Skoliose).
Novotný 1257 (Mißbildung des Penis).

Oberndorfer 846 (Appendicitis).
Ochsner 511 (Verengerung des Duodenum).
Oehler 142* (Laminektomie u. Nervenwurzeldurchschneidung b. Neuralgie).
Oeri 1263 (Epithelmetaplasie an der Gebärmutter).
Oesterreicher 540 (Urethrotomia interna).
v. Oettingen *44* (Bauchschüsse).
— 362* (Erster Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung).
— E. 370 (Unter dem roten Kreuz im russisch-japanischen Kriege).
Offergeld 852 (Darmverschluß).
Olbert 599 (Rezidiv eines Melanosarkoms).
Ombrédanne 259 (Choledochusstein).
Onodi 234 (Erkrankungen der Nase und der Nebenhöhlen).
— 386 (Paraffinspritze).
— 979 (Empyem des Sinus maxillaris).
— 1079 (Nasennebenhöhlen).
— 1080 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Oppenheim 643 (Blasenverschluß).
— 1153 (Neubildungen im Umkreise des Rückenmarkes).
— 1254 (Operationen bei Hirn- und Rückenmarksgeschwülsten).
— 1332 (Hirngeschwulst).
— 1338 (Rückenmarksgeschwulst).
Oppenheimer 1235 (Peritonitis).
Opokin 1087 (Retropharyngealabszesse).
Orth 587 (Knochenkallus).
Ortiz de la Torre 486 (Eingeweidebrüche).
Osler 445 (Brustkrebs).
v. der Osten-Sacken 961 (Wirkung der japanischen Kriegswaffen).
Ostwalt 699, 700 (Alkohol-Stovaininjektionen gegen Trigeminusneuralgie).
Otten 446 (Chirurgie der Gallenblase).
— 971 (Lungenkrebs).
— 1094 (Bakteriologische Blutuntersuchungen an der Leiche).
Ottendorf 1014 (Amniotische Einschnürung am Unterschenkel).
Oui 1237 (Appendicitis).
Overdyn 887 (Osteomyelitis der Wirbelsäule).
Owen 562 (Leistenbruch).

Pätzold 1002 (Genu valgum).
Pagenstecher 933 (Einseitige Gesichtshypertrophie).
Paget 1384 (Mastoiditis).
Pagliano 1315 (Spondylosis rhizomelica).
Pancoast 1345 (Gastroptosis).
Pantaloni 575 (Chirurgie des Dickdarmes).
Pantović 1206 (Narkotisierung und Anästhesierung).
Parisot 814 (Spontaner Kniescheibenbruch).
Parker 1045 (Harnleitersteine).
Parlavecchio 645 (Nierenchirurgie).
Paschkis 167 (Abnormität der Harnröhre).
Pasini 881 (Bromexanthem).
Pasquimangali 1248 (Operationen am Hoden und Samenstrang).
Passaggi 912 (Entzündung des subpatellaren Gelenkkörpers).
Pasteau 205 (Bauchverschluß).
— 779 (Darmverschluß).
Pasteur 991 (Pneumokokkengelenkentzündung).
Patel 195 (Gallenfisteln).
— 661 (Nierenchirurgie).
— 781 (Ovarialkystom in dem Mesocolon pelvinum).
Paterson 529 (Magenchirurgie).
— 1155 (Ösophagoskopie und Bronchoskopie).
Payr 56 (Dermoid des Beckenbindegewebes).
— *74* (Transplantation von Schilddrüsengewebe in die Milz).
— 375 (Ohroperationen).
— 575 (Mastdarmstenose durch verkalktes Uterusmyom).
— 620 (Brustdrüsenexstirpation).
— 1278 (Fettgewebsnekrose).
Pease 1302 (Tetanus).
Peck 503 (Wolfsrachen).
Pedersen 536 (Lungenödem bei Äthernarkose).
Pellegrini 359 (Thrombose der V. cava asc. bei Nierengeschwulst).
— 628 (Angeborene Halscyste).
— 1013 (Bandverknöcherung am Knie).
Pels-Leusden 1028 (Papilläre Gallenblasenwucherungen).
De Pena 489 (Angina Ludovici).
Péraire 712 (Metatarsalgie).
Pereaman 279 (Prostatahypertrophie).

Pereira 446 (Chirurgie der Gallenblase).
Pereschiwkin 661 (Nierenchirurgie).
— 786 (Peripleuritis).
Perez 129 (Bauchkontusionen).
— 878 (Chronische Bakteriämie).
Perrin 814 (Spontaner Kniescheibenbruch).
Perl 805 (Zerebrale Kinderlähmung).
Peronne 90 (Appendicitis).
Perrone 254 (Appendicitis).
— 1198 (Skoliose).
Pers 909 (Ischias).
Perthes *10* (Stauungshyperämie).
Perutz 414 (Magen-Dickdarmfistel).
Petermann 784, 1040 (Mastdarmkrebs).
Peters 976 (Röntgenologisches).
Petresco 637 (Spirochaete pallida).
Petřivalský 335 (Gekröscysten).
Petrucci 507 (Speiseröhrenverengerung).
Pfahler 928 (Röntgenstrahlen gegen Arthritis deformans).
Pfeiffer 725 (Röntgenstrahlen gegen Kropf).
— 726 (Röntgenuntersuchung der Luftröhre).
— 1311 (Maligne Lymphome).
— 1336 (Symmetrische Tränen-Speicheldrüsenerkrankung).
— 1340 (Interstitielles Emphysem).
— 1342 (Bronchiektasen im Röntgenbilde).
Pfister 935 (Knochenbildung in Kröpfen).
Pflaumer 489 (Facialislähmung).
Phocas 471 (Nierenchirurgie).
Pichnon 1174 (Muskelhernien am Unterschenkel).
Picqué 737 (Chloroform und psychische Störungen).
— 1157 (Fremdkörper in der Luftröhre).
Pieri 1234 (Bauchwunden).
Pinatelle 139 (Methodische Darmentleerung).
— 598 (Kopftetanus).
— 861 (Metastasen von Magenkrebs).
— 1023 (Gastrostomie bei Peritonitis).
Pincus 457 (Atmokausis und Zestokausis).
— 458 (Gebärmuttermyome).
Le Play 1008 (Melanodermie bei Pedikulosis).
Plenz 926 (Schußverletzungen).
Pleth 944 (Darmanastomosierung).
— 1109 (Darmverschluß).
Plücker *56* (Mißbildung des Gesichtsskeletts).
Pluyette 1176 (Spontanheilung eines Aneurysma art. ven.).
Plyette 163 (Arteriovenöse Aneurysmen der Subclavia).
Pocelli 565 (Darmanastomosierung).
Pochhammer *16* (Tetanie).
— 303 (Fußsohlenschmerz).
— 931 (Hirnchirurgie).
— 1196 (Spinalanalgesie).
— 1283 (Enteroanastomose und Darmresektion).
Poenaru-Caplescu 619 (Brust-Bauchwunden).
Pöppelmann 654 (Krebs u. Wasser).
Poissonnier 1095 (Perforationsperitonitis).
Polák 308 (Stovain).
Polano 454 (Prophylaxe der Staphylokokkeninfektion).
— 456 (Adenomyom der Gebärmutter).
— 491 (Bösartige Bauchdeckengeschwülste).
Politzer 1076 (Ohrenheilkunde).
Pollack 681 (Speiseröhrenstriktur).
Póly 1278 (Fettgewebsnekrose).
Pólya 1038 (Herniologisches).
— 1355 (Vereinigung des durchtrennten Dünndarmes).
Polyäk 981 (Stauungshyperämie bei Erkrankungen der oberen Luftwege).
Poper 1318 (Lymphcyste des Oberschenkels).
Poppert 882 (Trigeminusneuralgie).
— 1100 (Mastdarmkrebs).
— 1107 (Callöses Magengeschwür).
Porcile 696 (Marktransplantation).
Porosz 452 (Ductus ejaculatorius und Colliculus seminalis).
— 553 (Abstoßen des Nagels).
Port 225 (Chirurgie der Mundhöhle).
— 369 (Reform des Kriegswesens).
Porter 626 (Angeborener Verschluß des Nasenganges).
— 1043 (Gekrösgeschwülste).
Potéjenko 622 (Bericht über die Leistungen des Mukdener Hospitals).
Poth 835 (Anästhesierungsfrage).
Potherat 810 (Nervennaht).
Pouchet 779 (Dickdarmkarzinome).
Poulsen 1307 (Radiusbruch).
Pousson 791 (Nierenoperationen bei Eklampsie).
— 837 (Nierenenthülsung).
D'Arcy Power 719 (Chirurgie der Blutgefäße).
Powers 510 (Milzcyste).
Pozzi 778 (Kotgeschwülste).
Prampolini 1177 (Angeborene Knochen- und Gelenkmißbildungen).
Preindlsberger 326 (Bauchverletzungen).
— 358 (Prostatahypertrophie).
Pretzsch 413 (Netzdrehung).
Princeteau 781 (Angeborene Syndaktylie).
Pringle 389 (Schließung von Schädellücken).

Pringle 710 (Kniescheibenverschiebg).
— 956 (Zwei Darmschlingen im Leistenbruchsack).
Proust 433 (Prostatahypertrophie).
Purpura 685 (Sanduhrmagen).
Püschmann 356 (Gehirngeschwulst).
Pusey 248 (Röntgenstrahlen gegen Krebs).
Putti 589 (Tabische und syringomyelitische Neubildungen).
— 974 (Deformitäten durch Muskelangiom).
— 1011 (Subluxation der Hand).

Quénu 195 (Pankreatitis und Gallensteine).
— 768 (Echinokokken).
— 1158 (Herznaht).
de Quervain, F. 321* (Operationstischfrage).
— 1150 (Thyreoiditis).
Quinby 537 (Peritonitis nach Appendicitis).

Rabinowitsch 687 (Milzverletzung).
Ramm 1009 (Atlasverrenkung).
Ramstroem 843 (Peritonealnerven).
Randell 948 (Hämorrhoiden).
v. Ranke 10 (Kehlkopfstenosen).
Ransohoff 495 (Brandige Gallenblase; Riß des Ductus choledochus).
— 771 (Chronisches Pleuraempyem).
Ranzi 608 (Bunge'sche Amputationsstümpfe).
— 625 (Porencephalie).
— 759 (Stauungshyperämie).
— 1306 (Knochenbrüche).
Rarratoni 871 (Muskelquetschung).
Rau 874 (Mittelohreiterung).
Rauenbusch 158, 693 (Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern).
— 247 (Atlas der orthopädischen Chirurgie).
— 1275 (Röntgenatlas).
Rautenberg 496 (Pankreasnekrose).
— 1121 (Folgen des zeitweisen Harnleiterverschlusses).
Ravasini 540 (Urethrotomia interna).
— 540 (Prostatektomie).
Raynon 723 (Hypertrophie der Rachen- und Gaumenmandel).
Reclus 517 (Appendicitis chronica).
Rehn *62* (Thymusstenose und Thymustod).
Reich 1319 (Amputationsstümpfe des Unterschenkels).
Reichard 460 (Operative Behandlung jugendlicher Krüppel).
Reichborn 762 (Leistenbrüche).
Reichel 841 (Zurücklassen von Fremdkörpern in der Wunde).
— 1219 (Appendicitis).
Reichmann 644 (Harnleitersteine und Beckenflecke).
Reinecke 767 (Echinokokken).
— 984 (Arterienklemme).
Reiner 798 (Konkavtorsion der skoliotischen Wirbelsäule).
— 804 (Anatomie des Hüftgelenkes).
Reinhard 973 (Zur Tamponfrage).
Renner 89 (Hyperleukocytose).
Renton 1236 (Perforierende Magen- und Duodenalgeschwüre).
— 1334 (Exstirpation des Ganglion Gasseri).
— 1338 (Laminektomie bei Spondylitis tuberculosa).
— 1365 (Verengerungen am Pylorus).
Reuterskiöld 1371 (Widernatürlicher After).
Revenstorf 931 (Hirnchirurgie).
Reynier 738 (Chloroformnarkose).
Reynold 1127 (Nierenfettlipome).
Rhein 1380 (Zahnlösung).
Rheinboldt 723 (Formamint).
de Riba 1088 (Resektion der großen Halsgefäße und des Vagus).
Ribbert 870 (Zweckmäßigkeit in der Pathologie).
— 1155 (Speiseröhrendivertikel).
Ribera 387 (Blutanalyse).
Ricard 13 (Tuberkulöse Pylorusstenosen).
Richards 270 (Verschluß der A. mesaraica sup.).
Riche 170 (Amputatio interscapulothoracica).
— 1353 (Innere Hernie durch das Foramen Winslowii).
Richelot 780 (Retroversionen).
— 1260 (Nierengeschwülste).
Richter 527 (Bubonen).
— 576 (Mastdarmkrebs).
Riddell 198 (Syphilitische Gelenkerkrankungen).
— 541 (Harnsteine).
Riech 1178 (Vereiterung eines geheilten Knochenbruches).
Richelmann 589 (Mißbildungen).
Riedel *61* (Halsfistel).
— 165 (Luxatio obturatoria).
— 184* (Gedrehter Netztumor).
— 196 (Gedrehte Netzgeschwülste).
— 205 (Drehung der Appendices epiploicae).
— 682 (Bauchkontusionen).
Rieder 787 (Lungenabszeß).
Riedinger 346, 694 (Schlottergelenke).
Ries 675 (Magengeschwür).
Riese 354 (Barlow'sche Krankheit).
— 355 (Solitäre Echinokokkencyste des Mesenteriums).
— 356 (Operationen an den Samenblasen).

Rindone 62 (Lymphangiendotheliom der Hodenscheidenhäute).
— 77 (Durchlässigkeit der Darmwandung für Bakterien).
Ringel 1108 (Darmverschluß).
Ringleb 386 (Operationstisch).
Rinne 678 (Operative Behandlung der genuinen Epilepsie).
— 679 (Partielle Hyperostose des Schädels).
Risel 271 (Leberabszeß).
Ritter 37 (Osteomyelitis im Röntgenbilde).
— 110 (Lymphdrüsen bei Brustkrebs).
— 584 (Adrenalin).
— 1250 (Lymphdrüsenneubildung im Fettgewebe beim Karzinom und Sarkom).
Ritterhaus 218 (Collargol).
Rittershaus 1372 (Embolie und Thrombose der Gekrösgefäße).
Rivière 139 (Methodische Darmentleerung).
— 598 (Kopftetanus).
Rixford 506 (Partielle Resektion des Brustkorbes).
Robbers 859 (Pneumokokkenperitonitis).
Robertson 198 (Stauungsblutung).
Robinson 742 (Reflexepilepsie).
Robson 512 (Cholecystektomie).
— 854 (Choledochussteine).
— 1026 (Magenkrebs).
Rochs 550 (Aseptische Operationen im Garnisonlazarett Straßburg).
Rockenbach 198 (Tuberkulose).
Rockey 395 (Bauchschnitt).
Roeder 1072 (Rückenmarksanästhesie).
Roegner 56 (Enterokystom von Gekröse und Netz).
Röhricht 1196 (Glykosurie nach Äthernarkose).
Römer 191 (Tuberkuloseinfektion).
Röpke 68 (Bösartige Geschwülste).
Röttger *45* (Schlafzustand nach Fall auf den Hinterkopf).
Rogers 201 (Kalium hypermanganicum gegen Schlangenbiß).
— 1042 (Leberabszeß).
— 1277 (Chirurgie der Gallenblase und -Wege).
Roith 232 (Skopolamin-Morphin-Chloroformnarkose).
Roll 760 (Appendicitis).
Rolleston 761 (Bösartige Geschwulst des Wurmfortsatzes).
Romanow 929 (Verkalkte Knoten in Unterhautzellgewebe und Haut).
Roncali 932 (Hirnchirurgie).
Rose 904 (Harnröhrenplastik).
— 950 (Atonie des Magens bei Gallensteinen).
Rosenberg 309 (Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde).
— 1080 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Rosenberger *120* (Eiterung der Fingergelenke).
Rosenfeld 1233 (Krüppelfürsorge).
Ross 599 (Kopftetanus).
— 988 (Opsonische Theorie).
Rossi 508 (Zwerchfellwunde).
Rostowzew 848 (Appendicitis).
Roth 228 (Intrapleuraler Druck).
— 575 (Darminvagination).
Rothfuchs 31 (Verletzung des Duct. choledochus).
Rothschild 644 (Funktionelle Nierendiagnostik).
Rotter 783 (Traumatisches Aneurysma).
— 784 (Perityphlitis).
— 785 (Mastdarmkrebs).
Roubitschek 489 (Trichterbrust).
Roussel 780 (Hysterektomie).
Rouville 135 (Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren).
Roux 168 (Prostatektomie).
— 827 (Gonorrhoische Hauterkrankungen).
Roy 1206 (Akromegalie).
Rubesch 1203 (Elephantiasis).
Rubner 547 (Krankenhaushygiene).
Rubritius 758 (Stauungshyperämie).
— 1035 (Subkutane Darmrupturen).
Rudnew 683 (Leistenbrüche).
v Ruediger-Rydygier jun. 911 (Sarkom der Kniegelenkkapsel).
Ruge 324 (Infektiöses Aneurysma der Kranzarterie).
— 496 (Vulvaerkrankungen).
Rumpel 1068 (Knochentumoren im Röntgenbilde).
Runge 1008 (Xanthoma tuberosum).
Ruppauer 291 (Geschwülste der Carotisdrüse).
— 1181 (Kniescheibenverrenkung).
Russell 833 (Geschwulstgenese).
— 839 (Suprapubische Hysterotomie).

v. Saar 117 (Cystadenom d. Parotis).
— 388 (Elephantiasis der Kopfschwarte).
Sacharow 1182 (Gelenkmäuse im Knie).
Saenger 1256 (Operationen bei Hirn- und Rückenmarksgeschwülsten).
Sailer 1348 (Gastroptosis).
Salbach 477 (Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen).
Salomon 1102 (Diagnostische Bauchpunktion).
Samuel 166* (Modifikation der Hautnaht).
Samter *127* (Deckung von Exartikulationsstümpfen).

Samter 1288 (Serratuslähmung).
Sandberg 470 (Respirationsparalyse nach Stovain).
— 470 (Spinalanalgesie).
Santas 87 (Sarkom bei Kindern).
Dos Santos 1029 (Chronische Pankreatitis).
— 1043 (Pankreaszerreißung).
Sarvonat 920 (Osteomalakie und Kropf).
Sauer 380 (Madelung'sche Deformität des Handgelenkes).
Sauerbruch *46* (Blutleere Operationen am Schädel).
— 293 (Operationen in der pneumatischen Kammer).
— 1083 (Cardiaverschluß der Speiseröhre).
Savariaud 778 (Resektion des ileocoecalen Darmabschnittes).
Saxl 1316 (Hüftkontraktur; Quadricepslähmung).
Schade 812 (Verrenkungen im Handgelenk).
Schädel 525 (Styptogan).
Schaefer *35* (Diensttauglichkeit nach Schußverletzungen).
— 704 (Kniescheibennaht).
— 961 (Wirkung der japanischen Kriegswaffen).
Schäffer 387 (Universalpendelapparat).
Schaerer 775 (Katalog).
Schambacher 325 (Paget's nipple).
— 1319 (Geschwulst des N. peroneus).
Schanz 618 (Skoliosenumbiegung).
Schapira 525 (Lokalanästhesie).
Schattenstein 161 (Urämie und enterogene Autointoxikation).
Schellenberg 25 (Röntgenblenden).
Schickele 649 (Alexander-Adams-Operation).
Schiefferdecker 1095 (Das Netz).
Schiffers 238 (Intubation und Tracheotomie).
Schifone 532 (Varikokele).
Schilling 662 (Hypernephrom).
— 823 (Härtegradmesser).
Schirmer 88 (Osteomalakie).
Schjerning 545 (Gedenkschrift für R. v. Leuthold).
Schkarin 1001 (Rückbildung von Neubildungen).
Schlaginweit 392 (Lux. fem. suprapubica).
Schlatter 1168 (Mittelhandfrakturen).
— 1354 (Dünndarmresektion).
Schlee 146 (Hämostase durch heiße Luft).
— 801 (Neues Redressionskorsett).
— 805 (Angeborene Hüftverrenkung).
Schleich 915 (Selbstnarkose der Verwundeten).
Schlesinger 345 (Ischämie).
— 970 (Basedow).
— 973 (Myositis gonorrhoica apostematosa).
— 1111 (Gallenblasen-Bronchusfistel).
Schlösser 700 (Alkohol-Stovaininjektionen gegen Trigeminusneuralgie).
Schmid 1240 (Herniologisches).
— 1374 (Gallensteine).
Schmidt 232 (Novokain).
— 275 (Protozoenähnlicher Mikroorganismus in Geschwülsten).
— 562 (Leistenbruch).
— 787 (Kardiolyse).
— 1183 (Ganglion am Kniemeniscus).
Schmieden 311 (Decanulement).
— 1085 Hyperämiebehandlung des Kopfes).
Schmiegelow 1079 (Nasen- und Augenkrankheiten).
Schmincke 324 (Multiplizität bösartiger Geschwülste).
Schmitz 162 (Nierenbehandlung).
Schmoll 391 (Perikarditis im Röntgenogramm).
Schneider 814 (Sarkom des Schienbeins).
Schnurpfeil 1205 (Narkotisierung und Anästhesierung).
— 1316 (Verrenkung eines Interphalangealgelenkes des Kleinfingers).
Schön 1392 (Hodengeschwülste).
Schönebeck 27 (Halsrippen).
Schönholzer 1262 (Kryptorchismus).
Schöppler 954 (Eier von Oxyuris vermicularis im Wurmfortsatz).
Schou 1070 (Röntgenologisches).
Schrecker 289 (Suprakondylärer Oberarm- und Oberschenkelbruch).
Schroeder 1392 (Eierstockcyste).
Schueller 62 (Nierentuberkulose).
Schümann 303 (Plattfuß).
Schürmann 926 (Milzbrand).
Schulthess 798 (Rachitische Skoliose).
— 799 (Skoliose).
Schultz 536 (Gonorrhoische Lymphangitis).
Schultze *54* (Gesichtslupus).
— 549 (Klemmnaht).
— 1067 (Meniscusabreißung).
— 1154 (Basedow'sche Krankheit).
— 1279* (Beckenstütze).
Schulz 42 (Röntgenstrahlen).
— 815 (Fersenbeinbruch).
— 1011 (Mangel des Kappenmuskels).
Schumburg 548 (Händedesinfektion).
Schumm 942 (Untersuchung des Kotes auf Blut).
van Schuylenburch 1036 (Appendicitis).
Schwalbe 692 (Mißbildungen).

Schwalbe 986 (Chirurgie des praktischen Arztes).
Schwarz 199 (Phlebitis migrans).
— 641 (Euguform).
— 836 (Blasenscheidenfistel).
— 860 (Pylorusstenose).
— 886 (Zungenkropf).
— 963 (Osteoperiostale Lipome).
Schwarzschild 862 (Leberabszesse).
De Schweinitz 1019 (Hirnechinokokken).
Schweizer 1105 (Divertikel am Wurmfortsatz).
Schwetz 833 (Gonokokkenphlegmone).
Secrétan 834 (Pneumokokkenarthritis).
— 870 (Unfallverletzungen).
Seelig 1105 (Divertikel am Wurmfortsatz).
Seidel 263 (Überdruckverfahren zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen).
— 390 (Doppelseitige Oberkieferresektion).
— 631 (Pneumothorax).
Selberg 710 (Abriß der Streckaponeurose der Fingerphalanx).
Selhorst 658 (Harnröhrenstrikturen).
Sellei 1048 (Spermatokele).
Sencert 267 (Skelettverletzungen).
— 269 (Speiseröhrenstriktur).
Serafini 447 (Urachusfistel).
— 1184 (Bruch des Os navic. tarsi).
Sheen 151 (Unterbindung der A. innominata).
Sherren 654 (Nervenheilung).
Shoemaker 1381 (Prostatahypertrophie).
Sick *6* (Stauungshyperämie nach Bier).
— 357 (Idiopathischer Priapismus).
— 625 (Rhinophyma).
Sieber 45 (Cystenniere).
Siegel 315 (Appendicitis und Hernien).
— 639 (Arteriosklerose in der Chirurgie).
Sieiro 443 (Milzbrand).
Sikemeier 100 (Adrenalin- und Kokain-Adrenalinanästhesie).
Silberstein 392 (Angeborene Thoraxdefekte).
— 463 (Hüftgelenkentzündung).
— 1180 (Hüftkontrakturen).
Simmonds 344 (Samenblasentuberkulose).
Simon 30 (Netztorsion).
— 30 (Milzexstirpation).
Sitzenfrey 1249 (Lymphdrüsen im Becken bei Gebärmutterkrebs).
Sjögren 442 (Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste).
Sjövall 311 (Perikarditis).
Skillern 470 (Traumatisches Aneurysma der Nierenarterie).
Šlajmer 879 (Lumbaranästhesie).
Sławiński 1321* (Resektion des Samenstranges).
Smart 43 (Nierensteine gegenüber Röntgenstrahlen).
Smith 201 (Herzknetung).
— 503 (Wolfsrachen).
— 538 (Duodenalgeschwür).
— 1040 (Thrombose der Gekrösgefäße).
Snow 432 (Prostatahypertrophie).
Sobotta 869 (Atlas des Nerven- und Gefäßsystems).
Soliero 1172 (Kniescheibenverrenkung).
Sommer 66 (Atlas stereoskopischer Röntgenbilder).
— 1015 (Fersenbeinbrüche).
Sonnenburg 656 (Lumbalanästhesie).
— 875 (Leukocytenzählungen).
Sonntag 1319 (Schienbeinbrüche).
Soprana 913 (Latente Bakterien).
Sorel 780 (Ovarialcysten).
Sores 113 (Trepanation nach geheilten Schädelverletzungen).
Southam 90 (Appendicitis).
Spassokukozkaja 687 (Darmresektion).
Speese 1010 (Schilddrüsenkrebs und Sarkom).
Spengler 1341 (Pneumothorax).
Spiller 1325 (Palliativoperation bei Hirngeschwülsten).
Spillman 30 (Milzexstirpation).
Spirig 914 (Mycelbildungen des Diphtheriestäbchens).
Spisharny 797* (Pharyngotomia suprahyoidea).
Spitzy 802 (Nervenplastik bei Plexuslähmungen).
— 812 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 1147 (Anastomosenbildung zwischen peripheren Nerven).
Sprengel *86* (Schenkelbrüche).
— 528, 746 (Appendicitis).
Springer 117 (Noma).
— 1009 (Tonsillitis).
— 1297* (Ungestielte Netzlappen).
Ssamochozki 684 (Leistenbrüche).
Stadler 479 (Meteorismus und Kreislauf).
Stahr 770 (Blutbefund bei Stauungshyperämie).
Stainforth 392 (Traumatisches, hartes Ödem).
Stanton 296 (Aktinomykose der Harnorgane).
Stapler 391 (Pleuritis im Röntgenogramm).
Stark 169 (Chronische Inversion der Gebärmutter durch Krebs).
Staunton 300 (Ellbogenverrenkung).
Steensland 627 (Epithelioma adamantinum).



Stegmann 888 (Morbus Basedow).
— 1070 (Röntgenologisches).
— 1014 (Ersatz des Fersenbeines durch das Sprungbein).
Stein 767 (Echinokokken).
— 1070 (Röntgenologisches).
Steiner *52* (Facialisplastik).
— 298 (Mischgeschwülste der Niere).
— 881 (Dermatomyositis).
— 928 (Krebsstatistik).
— 1194 (Behandlung Hautkranker).
Steinheimer 30 (Leberabszeß).
Steinmann 46 (Leistenhoden).
— 376 (Wirbelverrenkung).
Steinthal 735 (Krankenhausbericht).
— 1204 (Narkotisierung und Anästhesierung).
Stern 45 (Nierenaushülsung).
— 790 (Durchgeschabte Blase).
Stettiner *14* (Stauungshyperämie).
Stevens 540 (Lebersteine).
Stevenson 1234 (Bauchspalten).
Stich *7* (Stauungshyperämie).
— 515 (Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen).
— 816 (Exstirpation des Sprungbeins).
— C. 1209* (Catgutsterilisation).
— 1227* (Apparat zur aseptischen Seifenentnahme).
Sticker 456 (Infektiöse und krebsige Geschwülste an den Geschlechtsorganen des Hundes).
— 1067 (Spontane und postoperative Implantationstumoren).
Stieda 627 (Angeborene Unterlippenfistel).
— 1041 (Chirurgie der Gallenwege).
Stieren 116 (Zahnhaltige Conjunctivalcyste).
Stierlein 1258 (Prostatahypertrophie).
Stinelli 837 (Perinephritischer Abszeß bei Typhus).
Stork 544 (Gebärmuttervorfall).
Stone 472 (Retroperitoneale Gebärmutterfibrome).
Stout 1056 (Adrenalin).
Strasser 719 (Präparation von Kopf und Hals).
— 997 (Gehirnpräparation).
Sträter 1122 (Angeborene Nierendystopie).
Strauss 173 (Myositis ossificans traumatica).
— 434 (Ausschabung der Harnblase).
— 1190 (Rankenneurom).
Streit 1240 (Herniologisches).
Stretton 300 (Angeborene Synostose der Radio-Ulnargelenke).
Stricker 557 (Appendicitis).
Strohe 888 (Diaphragma der Luftröhre).
Strubell 104 (Kieferhöhleneiterung).
Struve 446 (Harnröhrendefekt).
v. Stubenrauch *113* (Plastische Operationen am Gallensystem).
— 1058 (Verminderung der Infektionsmöglichkeit bei Operationen in der Bauchhöhle).
Stucky 1131 (Rektale Äthernarkose).
Sturmdorf 345 (Nephropexie).
Suarez 687 (Analfistel).
— 1389 (Nierenzerreißung).
Sultan *82* (Herzverletzungen).
— 336 (Schädelplastik).
— 356, 893 (Eosinophilie der Niere).
Summers 909 (Angiom des Glutaeus maximus).
Suter 428 (Zwerchfellwunden).
— 434 (Nierenverletzungen).
Suzuki 384 (Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege).
— 856 (Kampf auf Schlachtschiffen).
Švehla 331 (Mastdarmerkrankungen).
Svenson 961 (Wirkung der japanischen Kriegswaffen).
Syme 1328 (Mastoidoperation).

Taddei 189 (Keloide).
— 1177 (Angeborene Knochen- und Gelenkmißbildungen).
Tait 675 (Darmanastomosierung).
Takayama 216 (Toxikologie).
Talma 1311 (Leukocytosepyämie).
Tansard 827 (Behandlung der Gonorrhöe).
Tansini 874 (Amputatio mammae).
Tanton 199 (Catgut).
Taptas 114 (Otologisches).
Tatjusiro Sato 61 (Cystenniere).
Tavel 634* (Gastrostomie).
Tawaststjerna 312 (Magen-Darmzerreißungen).
Taylor 965 (Wirkung der Röntgenstrahlen).
Teacher 1337 (Zungenteratom).
Tédenat 675 (Afterdehnung).
— 788 (Harnröhrenstriktur).
Telford 684 (Nabelbruch).
— 1154 (Herztod vom Vagus aus).
Terrier 741 (Branchialcyste).
— 948 (Gallenfluß bei Leberechinokokken).
— 1062 (Drainage der Gallenwege).
— 1112 (Pankreaschirurgie).
Terry 238 (Speiseröhrenresektion).
Teufel 815 (Fußverletzungen).
— 1295 (Nierenerkrankung).
— 1295 (Nephritis nach Chloroformnarkosen).
Teuney 904 (Prostatektomie).
Thaler 95 (Atypische Verhältnisse in der Steißgegend von Föten).
— 127 (Radium und Hodengewebe).
Thayer 151 (Pankreaserkrankungen).
Thelemann 1045 (Blasenverletzung).

Theilhaber 1058 (Verminderung der Infektionsmöglichkeit bei Operationen in der Bauchhöhle).
Thesing 592 (Muskelhypertrophie neben Schonungsatrophie).
— 964 (Muskelhypertrophie als Unfallfolge).
Thiele 861 (Ileus infolge subkutaner Bauchdeckenzerreißung).
Thiem 1230 (Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung).
Thiemann 903 (Harnröhrendivertikel).
Thienhaus 711 (Komplizierte Luxatio sub astragalo).
— 896 (Trochanterabtrennung).
Thierry 777 (Gesichtsaktinomykose).
v. Thierry 912 (Beingeschwüre).
Thöle 322 (Leberruptur).
Thomas 47 (Radiuskopfbrüche).
— 412 (Herniologisches).
Thompson 582 (Anästhetika).
Thomson 446 (Prostatektomie).
— 1044 (Prostataaushülsung).
— 1378 (Entzündung der Keilbeinhöhle).
Thumin 660 (Mündungsanomalien der Harnleiter).
Tiegel 109 (Operationen in der Bauchhöhle).
— 229 (Lungennaht).
Tietze *25* (Knochencysten).
Tilley 224 (Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Tilmann 89 (Lumbalanästhesie mit Stovain).
— 615 (Schädelschüsse).
Tilney 236 (Spinale Blutung).
Timaschew 929 (Verkalkte Knoten in Unterhautzellgewebe und Haut).
Timofejew 1316 (Ödem an Hand und Fuß).
Tisserand 30 (Leberechinokokkus).
Tolot 920 (Osteomalakie und Kropf).
Tomaschewski 756* (Stauungshyperämie).
Tomaschny 333 (Hämorrhagie des Pankreas).
Tomaselli 549 (Arteriennaht).
Tooth 740 (Rückenmarksnerven).
Torek 786 (Brustwandresektion).
Tores 712 (Osteoklast).
Toubert 426 (Chlorkalzium zur Blutstillung).
— 594 (Quetschwunden des Beines).
— 1081 (Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen).
Touchard 996 (Sklerodermie).
Toussaint 1015 (Traumatische Osteochondrome).
Trappe 543 (Nierengeschwulst).
Trautenroth 535 (Stovainvergiftung).
Trautmann 234 (Erkrankungen der Nase und der Nebenhöhlen).
Travers 1342 (Herznaht).
Trendelenburg 1244 (Blasenspalte).
Treutlein 1068 (Kriegschirurgisches aus Japan).
Trinkler 1109 (Mastdarmkrebs).
Trivas 977 (Anosmie nach Schädelbruch).
Tschernjächowski 787 (Herzwunden).
— 1158 (Herznaht).
Tschmarke 360 (Doppelseitige Hüftverrenkung).
Tubby 603 (Behandlung von Lähmungen).
— 1009 (Torticollis).
Tuffier 614 (Geschoßlokalisation durch Röntgenographie).
— 1111 (Epitheliom der Gallenwege).
— 1264 (Eierstocksgeschwülste).
Tuppinger 994 (Röntgenographische Differenzierung).
Turner 561 (Appendicitis).

Uchermann 978 (Thrombose des Sinus occipitalis).
Uffenrode 1072 (Hyperämiebehandlung).
Uhthoff 268 (Paraffininjektionen bei Sattelnase).
Ullmann 528 (Syphilis des Nebenhodens).
— 927 (Stauungs- und Saugtherapie).
Umber 606 (Ischias).
Unterberger 571 (Cholesteatom der Schädelknochen).
— 997 (Verletzungen des Ductus thoracicus).
Urbach 604 (Schwielen im M. subscapularis).
D'Urso 864 (Mesokoloncyste).
Uruñuela 981 (Intubation bei Kehlkopffraktur).
Uthmöller 299 (Geschwulst des Eierstocks).

Vachel 540 (Lebersteine).
Valence 949 (Gallenfluß bei Leberabszeß).
Valentin 1086 (Otologisches).
Vance 1043 (Gekrösgeschwulst).
Vanghetti 1167 (Amputationsverfahren).
Vasiliu 64 (Knochensarkom).
Vautrin 27 (Verletzung des Ductus thoracicus).
Vayhinger 1364 (Verschluckte Mantelgeschosse).
v. Verebély 1190 (Myelom).
— 1220 (Bruchoperation und Wurmfortsatz).
Vedova 541 (Urinscheider).

Van der Veer 297, 470 (Nierenchirurgie).
Veiel 1008 (Diphtherie).
v. Veres 551 (Lupus postexanthematicus).
Zur Verth 834 (Anästhesierungsfrage).
Vianney 618 (Halsabszesse).
Vidal 780 (Nierenaushülsung).
Vierhoff 91 (Appendicitis und Psoasabszeß).
Vignard 116 (Peritheliom der Backe).
Villar 58 (Vorfall von Blasenschleimhaut).
— 730 (Pankreaserkrankungen).
— 855 (Pankreaschirurgie).
Villemin 399, 561 (Appendicitis).
Vincent 636 (Tetanus).
Voeckler 897 (Fersenbeinbruch).
— 953 (Bauchquetschungen).
Voelcker 282 (Pyelographie).
— 892 (Chromocystoskopie).
Vörner 75 (Kaliumpermanganat zur Blutstillung).
— 75 (Karbolsäure gegen Skrophuloderma und Furunkulose).
— 742 (Lymphangiectomia auriculi).
Vogel 342 (Nierenkrankheiten).
— 1118 (Hämaturie).
Voltz 464 (Arteriosklerose und traumatische Fußgelenkentzündung).
— 934 (Synostose der Wirbelsäule).
Vorkastner 373 (Jackson'sche Epilepsie).
Vorschütz 352 (Verstauchung des Fußgelenkes).
Voss 1333 (Otitische Sinusthrombose).
— 1335 (Freilegung des Bulbus v. jugul.).
Vosswinckel 683 (Subkutane Verletzungen des Magen-Darmkanales).
Vulpius 249 (Orthopädie der Wirbelsäulenerkrankungen).
— 1177 (Spinale Kinderlähmung).
Vymola 1197 (Sauerstofftherapie bei Ohrkrankheiten).

Wachireff 617 (Rhinophyma).
Wadsworth 1127 (Nierenfettlipome).
Waldeyer 673 (Hernien).
Wales 934 (Penetrierende Wunde des Mundbodens).
Wallace 928 (Äthylchlorid).
Wallis 1038 (Gastrojejunostomie).
Walker 58 (Suprapubische Prostatektomie).
Walko 111 (Alkoholtherapie).
Warabjow 1097 (Traumatische Leistenbrüche).
Warbasse 63 (Eierstockstransplantation).
Ward 236 (Fibrosarkom im Wirbelsäulenkanal).
Waring 765 (Aktinomykose der Ileocoecalgegend).
Warnecke 954 (Perforationsperitonitis).
Wassermann 818 (Pathogene Mikroorganismen).
Watters 488 (Wundnaht).
Watson 281 (Blasengeschwülste).
— 1046 (Beiderseitige Nephrostomie).
Weber 1370 (Volvulus der Flexura sigmoidea).
Wederhake 939* (Herstellung der Silberkautschukseide).
Weecke 857 (Bier'sche Stauung).
Weidemann 1179 (Retroperitoneale Cysten oder Senkungsabszesse).
Weil 655 (Hämophilie).
— 1344 (Pankreaschirurgie).
Weinberg 1118 (Orthocystoskopie).
Weinreich 1388 (Blasengeschwülste).
Weinstein 1132 (Mißbildung am Urogenitalapparat).
Weir 1150 (Brustamputation).
Weischer 689* (Wundbehandlung nach Transplantationen).
Weissmann 218 (Collargol).
Weitz 537 (Hämorrhagische Syphilis).
Wendeborn 981 (Kehlkopfstenosen und Defekte).
Wendel *81* (Herzverletzungen).
— 293 (Speiseröhrenerkrankungen).
— 301 (Luxatio pedis sub talo).
— 650* (Technik der Darmvereinigung).
Wenzel 1116 (Schmerzverhütung in der Chirurgie).
Werelius 750 (Darmanastomosierung).
Werndorff 798 (Konkavtorsion der skoliotischen Wirbelsäule).
— 804 (Anatomie des Hüftgelenks).
— 804 (Pathologie der Koxitis).
Wertel 1110 (Milzresektion).
Wette 711 (Hohlfuß).
— 1179 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 1215 (Appendicitis).
Wheeler 95 (Talma'sche Operation).
White 15 (Colitis membranacea).
— 77 (Gastroduodenostomie).
Whipple 1340 (Tuberkelbazillen im Ductus thoracicus).
Whiteford 743 (Zungenepitheliom).
Wicart 1378 (Hirnabszeß).
Wichmann 1250 (Röntgenstrahlen gegen inoperable Geschwülste).
Widal 1206 (Akromegalie).
Wieder 96 (Intrahepatische Gallenblase).
Wieherink 1215 (Appendicitis).
Wiesel 150 (Leberveränderungen bei Pankreaserkrankung).
— 791 (Nephrolithiasis).
Wiesinger 518 (Gallensteinileus).
Wiesmann 1316 (Doppelseitiger Bicepsriß).

Wieting 958 (Zwerchfellbrüche).
Wiget 1154 (Geschwülste mit Kautschukkolloid).
Wijnhausen 1392 (Hydrokele).
Wikerhauser 887 (Zungenkropf).
Wildbolz 43 (Nieren- und Blasentuberkulose).
— 647 (Nierenspaltung).
— 827 (Mastdarm-Harnröhrenfistel).
Wilkinson 118 (Thrombose der A. subclav.).
Willard 1195 (Gelenktuberkulose).
Willems 631 (Thorakotomie).
— 777 (Pleuraverwachsungen).
Williams 924 (Tetanus).
McWilliams 1375 (Operationen an Leber und Gallenwegen).
Wilms 817* (Freilegung des Herzens bei Herzverletzungen).
Wilson 1042 (Leberabszeß).
Wimmer 518 (Darmstein).
v. Winckel 15 (Bruchpforten am Beckenboden).
Winkler 57 (Paraurethrale gonorrhoische Erkrankungen).
Winterberg 526 (Isoform).
Wintsch 1234 (Bauchspalten).
Wittek 1208 (Wirbelbruch).
Wittstein 1192 (Wetter und chirurgische Hautaffektionen).
Witzel 865* (Gallenblasenexstirpation).
— 937* (Silberkautschukseide).
— 1116 (Schmerzverhütung in der Chirurgie).
Wnukow 1103 (Perforationsperitonitis).
Wodarz 976 (Röntgenologisches).
Wolff 270 (Ileocoecalgeschwülste).
— 1066 (Splenektomie bei Anaemia splenica infantum gravis).
Wolffhügel 61 (Hydronephrose).
Wolkowitsch 832* (Kniegelenktuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion).
Wollenberg 1170 (Angeborene Hüftverrenkung).
— 381 (Hüftverrenkung).
Wood 850 (Wurmfortsatz in Schenkelbrüchen).
Woolsey 845 (Perforierende Typhusgeschwüre).
— 1362 (Darmperforation bei Typhus).
Worden 1348 (Gastroptosis).
Workmann 239 (Angeborene Halsgeschwulst).
Wossidlo 143 (Auskochbare Cystoskope).
Wrangham 834 (Pneumokokkenarthritis).
Wrede *4* (Ausscheidung von Bakterien durch die Schweißdrüsen).
Wrede *27* (Knochenaktinomykose).
— 150 (Pankreaserkrankungen).
— 792 (Dermoide des Samenstranges).
Wreden 1107 (Herniologisches).
Wullstein *133* (Experimentelles aus der Magenchirurgie).
— *136* (Neue Operationsmethode der kongenitalen Luxation der Patella).
— *138* (Neue Operationsmethode der Leistenhernie).
— *148* (Pathologisch-anatomische Präparate).
— *152* (Radikaloperation großer Nabel- und Bauchwandhernien).
Wyeth 472 (Sarkom der kryptorchischen Hoden).
Wyss 1203 (Entstehung des Krebses).

Young 40, 788 (Krebs der Prostata).
— 385 (Schußverletzungen).

Zaaijer 451 (Nierenentkapselung).
— 1238 (Krebs des Wurmfortsatzes).
Zahn 760 (Speiseröhrenknickung).
Zahradnicky 350 (Luxation der Semilunarknorpel des Knies).
— 593 (Verschiebung des Semilunarknorpels des Knies).
— 1222 (Traumatische Hernien).
Zangemeister 159 (Atlas der Cystoskopie).
— 829 (Cystoskopie des Weibes).
Zemann 326, 1011 (Ösophagotomie).
Zesas 71 (Blutergelenke).
— 300 (Syringomyelitische Schulterverrenkung).
— 379 (Schulterblatthochstand).
— 416 (Hallux valgus).
— 910 (Angiom der Kniegelenkkapsel).
— 935 (Speiseröhrendivertikel).
— 984 (Herzmassage).
— 1169 (Tuberkulose des Iliosakralgelenkes).
Ziegler 770 (Adrenalin und Arteriosklerose).
Zimmer 1239 (Herniologisches).
Zimmermann 632 (Mediastinales Emphysem und Pneumothorax).
Zipkin 238 (Kropf).
Zironi 471 (Nierenchirurgie).
— 893 (Nephritis).
Zirotka 976 (Röntgenologisches).
Zoege von Manteuffel *33* (Erste Hilfe auf dem Schlachtfelde).
Zondek *59* (Mikulicz'sche Krankheit).
— 765 (Meckel'sches Darmdivertikel).
Zülzer 628 (Chronisch-ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule).
Zumsteg 1313 (Diaphysentuberkulose).
Zuppinger 1164 (Dislokation der Knochenbrüche).

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 28, welche den Bericht über den XXXV. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Abreißung des Dünndarmes 355 (*Löhlein*).
— des schnabelförmigen Schienbeinfortsatzes 814 (*Lesser*).
— der Tuberositas tibiae 175 (*Gaudier*, *Bouret*).
Abriß der Streckaponeurose der Fingerphalanx 710 (*Selberg*).
Abrißfraktur des Fortsatzes der oberen Schienbeinepiphyse 351 (*Lanz*).
Absprengung am Oberschenkelkopf 1318 (*Grohe*).
Abszeß der Bursa omentalis 91 (*Baradulin*).
— der Leber 1373 (*Boyreau*).
— mit Protozoen 1006 (*Hunt*).
— bei Typhus, perinephritischer 837 (*Stinelli*).
Abszesse, pharanephritische 1391 (*Ghon*, *Mucha*, *Albrecht*).
Acanthosis nigricans 570 (*Hodara*).
Achillessehnenerkrankung, typische 1* (*Drehmann*), 3* (*v. Barqcz*).
Achillessehne, Zerreißung der 1014 (*Dambrin*), 1319 (*Macartney*),
Achillotomie 608 (*Hübscher*).
Adenomyom der Gebärmutter 456 (*Polano*).
Adrenalin 584 (*Ritter*), 1056 (*Cummins*, *Stout*).
— und Arteriosklerose 770 (*Ziegler*).
— als Reizmittel 536 (*Butler*).
Adrenalin- und Kokain-Adrenalinanästhesie 100 (*Sikemeier*).
Affektionen, schmerzhafte, in der rechten Iliacalgegend 202 (*McGarrahan*).
Afterdehnung 675 (*Tédenat*).
After, widernatürlicher 1371 (*Reuterskiöld*).
Airol als Diagnostikum bei Otitis 374 (*Kutvirt*).
Akromegalie 1206 (*Widal*, *Roy*, *Froin*).
— Knochenveränderungen bei 87 (*Curschmann*).
Aktinomykose 833 (*Hamm*).
— der Bauchdecken 1034 (*Cuff*).
— des Bauches 1105 (*Friedrich*).
— des Gesichts 777 (*Thierry*).
— des Halses 1156 (*Castañeda*).
Aktinomykose der Harnorgane 296 (*Stanton*).
— der Ileocoecalgegend 765 (*Waring*).
— des Kehlkopfs 744 (*Hoffmann*).
— der Knochen *27* (*Wrede*).
Alexander-Adams-Operation 649 (*Schickele*).
Alkohol-Stovaininjektionen gegen Trigeminusneuralgie 699, 700 (*Ostwalt*), 700 (*Schlösser*).
Alkoholtherapie 111 (*Walko*).
Alopecie 570 (*Kromeyer*).
Amputatio interscapulo-thoracica 162 (*Berger*), 170 (*Jeanbran*, *Riche*).
— mammae 874 (*Tansini*), 971 (*Murphy*).
— penis 773 (*Nicoll*).
Amputation einer Lebergeschwulst 95 (*Mazzoni*).
Amputationsstümpfe, tragfähige 1003 (*Bunge*).
— des Unterschenkels 1319 (*Reich*).
Amputationsverfahren 1167 (*Vanghetti*).
Amyloid 736 (*Edens*).
Anästhesie in der Chirurgie 1272 (*Morton*).
— lokale 372 (*Liebl*), 871 (*Lennander*).
— — in der Zahnheilkunde 309 (*Rosenberg*).
— lumbale 371 (*Lazarus*), 393* (*Hackenbruch*).
Anästhesierung des Kehlkopfes 970 (*Frey*).
Anästhesierungsfrage 834 (*Zur Verth*, 835 (*Poth*, *Gehlhoff*, *Hagen*, *Marmetschke*).
Anästhetika 582 (*Thompson*), 583 (*Knight*, *McCardie*).
— in der Rhinologie 309 (*Cisler*).
Analfistel 687 (*Suarez*).
Analgesie des Rückenmarks 393* (*Hackenbruch*), 470 (*Sandberg*), 499* (*Hirsch*).
Anastomosenbildung zwischen peripheren Nerven 1147 (*Spitzy*, *Bernhard*).
Anastomosierung des Ductus deferens 1128 (*Lydston*).
Anatomie, chirurgische, des Dünndarmes und seines Gekröses 14 (*Monks*).
— des Hüftgelenks und Oberschenkels 48 (*Köhler*).
Aneurysma, arteriovenöses 488 (*Cushing*).
— art. axillaris 908 (*Friedrich*).

Aneurysma, art. ven., Spontanheilung eines 1176 (*Pluyette*).
— der A. innominata 118 (*Dunn*).
— — tib. post. 392 (*Moreau*).
— der Carotis int. 629 (*Bobbio*).
— infektiöses, der Kranzarterie 324 (*Ruge*).
— des oberen Hohlhandbogens 152 (*Morestin*).
— popliteum 1012 (*Kern*).
— spurium 1270 (*Hedinger*).
— traumatisches 783 (*Rotter*).
— — der Nierenarterie 470 (*Skillern*).
Aneurysmaoperationen, Arteriennaht bei 909 (*Garrè*).
Aneurysmen 586 (*v. Frisch*), 1295 (*Lancereaux*).
— arteriovenöse der Subclavia 163 (*Plyette, Bruneau*).
— der A. femoralis 173 (*Morestin*).
— der Brustaorta 379 (*Baetjer*).
— traumatische, bei Schußverletzungen 1268 (*Kikuzi*).
Angina Ludovici 489 (*De Pena*), 1330 (*Davis*).
Angiom des Glutaeus maximus 909 (*Summers*).
— des Halses 629 (*Martini*).
— kavernöses, der Unterextremität 1178 (*Heide*).
— der Kniegelenkkapsel 910 (*Zesas*).
Ankylose 992 (*Murphy*).
— der Fingergelenke 301 (*Aderholdt*).
Ankylosen, knöcherne *32* (*Hofmann*).
Anosmie nach Schädelbruch 977 (*Trivas*).
Antisepis, prophylaktische 1055 (*Credé*).
Antituberkuloseserum Marmorek 1130 (*Levin, Hoffa*).
Antrotomien und Radikaloperationen 1078 (*Neumann*).
Aortenembolie 1160 (*Barker*)
Appendektomie bei Ileocoecalschmerz 508 (*Hochenegg*).
Appendices epiploicae, Drehung der 205 (*Riedel*).
Appendicitis 313 (*Kuttner*), 314 (*v. Hippel*), 315 (*Lanz, Siegel*), 327 (*Gunkel*), 328 (*Graser*), 399 (*Villemin*), 400 (*Armstrong, Hawkins*), 401 (*Bennett*), 410 (*Morton*), 411 (*Burfield, Barrows, Barnsby*), 417* (*W. Hagen*), 528 (*Sprengel*), 537 (*Quinby*), 557 (*Stricker*), 560 (*Klemm*), 561 (*Turner, Villemin*), 573 (*Hoffmann, Kappeler*), 672 (*Krecke, Davis, Füth*), 683 (*Aleksinski*), 746 (*Sprengel*), 748 (*Höhne, Krehl*), 760 (*Carson, Roll*), 846 (*Oberndorfer*), 847 (*Klemm*), 848 (*Rostowzew, Michel*), 849 (*Korach*), *O'Brien*), 955 (*Henne, Moullin*), 1036 (*van Schuylenburck, Gelpke*), 1089* (*Fiori*), 1096 (*Karrenstein*), *Aschoff, Kümmell*), 1215 (*Wette, Wicherink*), 1216 (*Kukula*), 1217 (*Broca*), 1218 (*Harrison, Hotchkiss*), 1219 (*Jaffé, Reichel*), 1237 (*Oui, Karrenstein, Eliot*), 1238 (*Castellani, Moore*),
Appendicitis chronica 517 (*Reclus*).
— tuberkulöse 778 (*Chavannaz*).
Appendicostomie 401 (*Bennett*), 778 (*Lapeyre*), 1356 (*Gil*).
Appendix epiploica, Brucheinklemmung einer 204 (*v. Bruns*).
Appendixexstirpation 306* (*v. Eiselsberg*).
Apparat zur aseptischen Seifenentnahme 1227* (*Stich*).
— zur Überdrucknarkose 631 (*Kuhn*).
Arrosion der Carotis 1329 (*Lebram*).
— des Sinus transversus 1335 (*Lebram*).
A. brachialis, Naht der 1315 (*Eichel*).
— innominata, Aneurysma der 118 (*Dunn*).
— — Unterbindung der 151 (*Sheen*).
— mesaraica sup., Verschluß der 270 (*Richards*).
— prof. fem., Unterbindung der 152 (*Clark*).
— subclavia, Unterbindung der 152 (*Hessmann*).
Arterienklemme 984 (*Reinecke*).
Arteriennaht 549 (*Tomaselli*), 1271 (*Dorrance*).
— bei Aneurysmaoperationen 909 (*Garrè*)
Arteriosklerose in der Chirurgie 639 (*Siegel*).
— und traumatische Fußgelenkentzündung 464 (*Voltz*).
Arthritis deformans 928 (*Anders, Daland, Pfahler*).
Asphyxie bei Kropfoperationen 983 (*Jouffray*).
Äthernarkose bei Lungenödem 536 (*Pedersen*).
— rektale 1131 (*Stucky*).
Äthernarkosen, Glykosurie nach 1196 (*Röhricht*).
Äthylchlorid 583 (*Knight, McCardie*), 738 (*Luke*), 928 (*Wallace*).
Athyreosis 724 (*Dieterle*).
Ätiologie der punktförmigen Blutaustritte in der Schleimhaut 473* (*Bayer*), 577* (*Lotheissen*).
Atlas der Cystoskopie 159 (*Zangemeister*).
— des Nerven- und Gefäßsystems 869 (*Sobotta*).
— der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern 158, 693 (*Hoffa, Rauenbusch*).
— stereoskopischer Röntgenbilder 66 (*Sommer*).
Atlasverrenkung 1009 (*Ramm*).
Atmokausis und Zestokausis 457 (*Pincus*).
Atonie des Magens bei Gallensteinen 950 (*Rose*).
Atresia ani vesicalis 576 (*Lotsch*).

Atypische Verhältnisse in der Steißgegend von Föten 95 (*Thaler*).
Augenhöhlengeschwülste 1336 (*Hagen-Torn*).
Augenmuskellähmung nach Rückenmarksanästhesie 877 (*W. Mühsam*).
Augenuntersuchungen 190 (*Heine*).
Ausfüllung hohler Räume 1280 (*v. Horvorka*).
Auskultation der Wirbelsäule und des Beckens 1148 (*Ludloff*).
Ausschabung der Harnblase 434 (*Strauss*).
Ausschälung der Prostata 341 (*Edwards*).
Ausscheidung von Mikrobien durch die Schweißdrüsen 1140 (*Brunner*).
Autointoxikation, enterogene, und Urämie 161 (*Schattenstein*).
— bei Pylorusstenose 764 (*Michaelis*).
Axillaraneurysmen 908 (*Friedrich*).
Azetonurie Anästhesierter 872 (*Beesly*).

Bacillus mortiferus 598 (*Harris*).
— pyocyaneus 449 (*Fränkel*).
Bakteriämie, chronische 878 (*Perez*).
Bakterien, Ausscheidung durch die Schweißdrüsen *4* (*Wrede*).
— Durchlässigkeit der Durchwandung für 77 (*Rindone*).
— in infiziertem Blut 1294 (*Libman*).
— latente 913 (*Soprana*).
Bakteriengifte 1140 (*Homén*).
Bakteriurie 278 (*Kornfeld*).
Bandverknöcherung am Knie 1013 (*Pellegrini*).
Barlow'sche Krankheit 354 (*Riese*).
Bartholinitis 526 (*Gallant*).
Basedow 970 (*Schlesinger*).
Basedow'sche Krankheit 1154 (*Schultze*), 1199 (*Micholski*).
Bauchaktinomykose 1105 (*Friedrich*).
Bauchbruch, interkostaler 1059 (*Alquier*).
Bauchbrüche, Drahtnetz gegen 1361 (*Bartlett*).
— postoperative 1221 (*Amberger*).
Bauchdeckenaktinomykose 1034 (*Cuff*).
Bauchdeckendesmoid 857 (*Linnich*).
Bauchdeckengeschwülste, bösartige 491 (*Polano*).
Bauchdeckennaht 491 (*Hannes*).
Bauchdeckentuberkelgeschwulst 1034 (*Alessandri*).
Bauchdeckenzerreißung 682 (*Meleschin*).
Bauchfellresorption und Peritonitis 1214 (*Glimm*).
Bauchfell, Teratom des 492 (*Fleischmann*).
Bauchfelltuberkulose 555 (*Büdinger, Johnson*), 760 (*Macartney*), 941 (*Guthrie, Cooper*).
Bauchgeschwülste 1043 (*Müller*).
Bauchhöhlendrainage 1362 (*Jepson*)
Bauchhöhlenechinokokken 95 (*Kablukoff*).
Bauchhöhlenoperationen 109 (*Tiegel*).
Bauchkontusionen 129 (*Perez*), 682 (*Federschmidt, Riedel*).
Bauchkrankheiten, akute 410 (*Battle*).
Bauchoperationen, Lungenkomplikationen nach 130 (*Bibergeil*).
Bauchpunktion, diagnostische 1102 (*Salomon*).
Bauchquetschungen 953 (*Voeckler*).
Bauch, Sensibilität im 250 (*Kelling*).
— Schmerzen im 250 (*Lennander*).
Bauchschnitt 395 (*Rockey*).
Bauchschnitte, kleine 183* (*Bier*).
— — als Methode für die Appendixexstirpation 306* (*v. Eiselsberg*).
Bauchschuß 410 (*Iden*).
Bauschußwunden 745 (*Brentano*).
Bauchschüsse *44* (*v. Oettingen*).
Bauchspalten 1234 (*Winisch, Chill, Stevenson*).
Bauchverletzungen 326 (*Preindlsberger, Hoepl*), 327 (*Hayd*).
Bauchverschluß 205 (*Pasteau*).
Bauchwandhernien, Radikaloperationen großer *152* (*Wullstein*).
Bauchwandechinokokken 128 (*Lenormand*).
Bauchwunden 1234 (*Pieri*), 1235 (*Borszéky, Corner*).
Bauchwundennaht 941 (*Nolle*).
Beckenbodenplastik und Dammplastik 667* (*C. Hofmann*).
Beckenstütze 1279* (*Schultze*).
Becken, weibliches, Statik u. Mechanik des 462 (*Jaks*).
Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier 274* (*Kaefer*).
— von Brandwunden 192 (*Jakoby*).
— Hautkranker 1194 (*Steiner*).
— operative der genuinen Epilepsie 678 (*Rinne*).
— — jugendlicher Krüppel 460 (*Reichard*).
— von Knochenbrüchen 192 (*Martens*).
— konservative verletzter Gliedmaßen 728 (*Nimier*).
— von Lähmungen 603 (*Tubby*).
— maligner Tumoren mit Röntgenstrahlen 875 (*Cohn*).
Beingeschwüre 382 (*Ledo*), 912 (*v. Thierry*).
Benzin-Jodcatgut 1359* (*Mindes*).
Bericht über die Leistungen des Mukdener Hospitals 622 (*Potéjenko*).
Beweglichkeit des Akromioklavikulargelenkes 907 (*Alegioni*).
Bewegungen des Magen-Darmkanals 749 (*Canon, Murphy*).
Bicepsriß, doppelseitiger 1316 (*Wiesmann*).
Biegungsbrüche 1318 (*Müller*).
Bier'sche Stauung 857 (*Weecke*).
— — bei Akne 443 (*Moschkowitz*).
— — bei Bubonen 641 (*Moses*).

Bier'sche Stauung bei entzündlichen Leiden 655 (*Herhold, Colley*), 656 (*Bestelmeyer*).
— — bei Mittelohreiterung 443 (*Heine*).
Bier'schem Saugapparat, Gelenksteifigkeiten mit 1360 (*Immelmann*).
Bilharziaerkrankung und Gonorrhöe 1045 (*Böhme*).
Bilharziakrankheit 915 (*Goebel*).
Bilharziose der Blase 294 (*Kutner*).
Blase, Bilharziose der 294 (*Kutner*).
— durchgeschabte 790 (*Stern*).
— Malakoplakie der 790 (*Minetti*).
Blasenektopie 358 (*Guiteras*), 659 (*Moynihan*).
Blasenerkrankungen, bösartige 1388 (*Gray*).
Blasenfisteln 59 (*Colt*).
Blasengeschwülste 281 (*Watson*), 790 (*Davis*), 1245 (*Keydel, Leschnew*), 1388 (*Weinreich*).
Blasenhernie 295 (*Lücke*).
Blasenleiden 160 (*Myles*).
Blasenriß 280 (*Horwitz*), 294 (*Cook*), 905 (*Menschikow*), 906 (*Morel*).
Blasensarkom 295 (*Darling*).
Blasen-Scheidenfisteln 780 (*Begouin*), 836 (*Schwarz*), 1388 (*Daum*).
Blasenschleimhautvorfall 58 (*Villar*).
Blasenschnitt, hoher 1388 (*Mendès*).
Blasenspalte 906 (*Bond*), 1244 (*Trendelenburg*).
— angeborene 789 (*Hinterstoisser*).
Blasensteine 296 (*Finsterer*), 658 (*Fuchs*), 659 (*Göbel*).
Blasenverletzung 1045 (*Thelemann*).
Blasenverschluß 643 (*Oppenheim, Löw*).
Blasenverschlusses, Mechanismus des 1120 (*Leedham-Green*).
Blasenzerreißung 59 (*Maeder*), *119* (*Neumann*).
Blind- und Dickdarmgeschwülste 1357 (*Babes*).
Blinddarmentzündung, akute 97* (*Borelius*).
Blinddarm, Invagination des Wurmfortsatzes in den 203 (*Jalaguier*).
Blinddarmoperation 178* (*Hahn*).
— Technik der 181* (*v. Haberer*).
Blinddarmtuberkulose 318 (*Campiche*).
Blutanalyse 387 (*Ribera*).
Blutbahnen, neuer, Schaffung für die Niere 283 (*Martini*).
Blutbefund bei Stauungshyperämie 770 (*Stahr*).
Blutergelenke 71 (*Zesas*).
Bluterguß ins Kleinhirn 1384 (*Ballance*).
Blutgefäße, Naht der 71 (*Jakobsthal*), 72 (*De Gaetano*).
Blutinfusionen 1270 (*Latkowski*).
Blut Krebskranker *5* (*Kelling*).
Blutkryoskopie bei Nierenleiden 282 (*Kock*).
Blutlauf in den Hautvenen 1093 (*Ledderhose*).
Blutleere der Galea bei Schädeloperationen 1137* (*Kredel*).
Blutstillung, Chlorkalzium zur 426 (*Toubert*).
— Kaliumpermanganat zur 75 (*Völcker*).
Blutungen der Prostatiker 828 (*Goldberg*).
— spinale 226, 236 (*Browning*), 236 (*Tilney*).
Blutumlaufsunterbrechung als Heilmittel 215 (*Ewart*).
Bluturtersuchungen, bakteriologische, an der Leiche 1094 (*Otten*).
Blutverluste, chirurgische 1052 (*Crile, Dolley*).
Boston-Hospitalsbericht 383.
Bougierung der Speiseröhre 517 (*Heinrich*).
Branchialcyste 741 (*Terrier, Lecène*), 1339 (*Coltelloni*).
Brandwundenbehandlung 192 (*Jacoby*).
Bromexanthem 881 (*Pasini*).
Bronchiektasen im Röntgenbild 1342 (*Pfeiffer*).
Bronchoskopie 982 (*Johnson, Henrici*), 983 (*Moure*).
Bruch des Fersenbeines 815 (*Schulz*), 897 (*Voeckler*).
— des Kahnbeins 811 (*Karrer*), 999 (*Ehebald*).
— der Kniescheibe 607 (*Hamilton*), 814 (*Perrin, Parrisot*).
— — — Silberdraht *123* (*v. Brunn*).
— der Knochen, Behandlung 158 (*Lane*).
— der Nabelschnur 204 (*Moran*).
— des Oberarmhalses 1315 (*Hartmann*).
— des Oberarmes 605 (*Haubold*).
— des Oberschenkels, suprakondylärer 289 (*Strecker*).
— des Olekranon 605 (*Murphy*).
— des Os naviculare carpi 908 (*Hackmann*).
— — tarsi 1184 (*Serafini*).
— des Radius *119* (*Lexer*), 1307 (*Poulsen*).
— des Schädels 708 (*Lair*), 977 (*Trivas*), 996 (*Bryan*).
— des Schenkelhalses 350 (*K. Ewald*).
— der Schienbeinepiphyse 351 (*Lanz*).
— des Schienbeins 896 (*Malot*).
— des Schlüsselbeins 592 (*King*), 1004* (*Bayer*), 1016 (*Lepuyer*).
— des Sprungbeins 815 (*Gräff*).
— des Trochanter major 1180 (*Krüger*).
— der Tuberositas ext. tibiae 1183 (*Chevassu*).
— des Tub. maj. humeri 893 (*Nieszytka*).
— und Verrenkung des Sprungbeines 711 (*Couteaud*).
— der Wirbel 1153 (*Nélaton*), 1208 (*Wittek*).
— der Wirbelsäule 9 (*Burrell*), 740 (*Klaer, Dreyfuss*).

Bruch des Zwerchfelles 92 (*Hamdi*).
— des Zwerchfells 1364 (*Vayhinger*).
Bruchbehandlung 36 (*Bardenheuer, Gebele*).
Brucheinklemmung 537 (*Klauber*).
— einer Appendix epiploica 204 (*v. Bruns*).
Bruchoperationen 492 (*Lundblad*), 670 (*Heusner*).
Bruchoperation und Wurmfortsatz 1220 (*v. Verebély*).
Bruchpforten am Beckenboden 15 (*v. Winckel*).
Bruchsäcke, angeborene 134 (*Hansen*).
Brüche der Bauchwand und des Nabels 86 (*Graser*).
— des Fersenbeins 1015 (*Sommer*), 1183 (*Becker*).
— der Fibula 594 (*v. Khautz jr.*).
— von Handwurzelknochen 1289 (*Hirsch*).
— des Kahnbeins 302 (*Bergmann*).
— der Knochen 286 (*Heusner*), 288 *Guermonprez*), 345 (*Hildebrand*), 1304 (*Deutschländer*), 1305 (*Ranzi*), 1312 (*M. v. Brunn*).
— — Glykosurie bei 441 (*Konjetzny*).
— des Mittelfußes 1176 (*Kirchner*).
— der Mittelhand 1168 (*Schlatter*).
— des Oberarms 877 (*R. Mühsam*).
— des Oberschenkels 703 (*Grässner*).
— Radikaloperation von 510 (*Nicoll*).
— des Radiuskopfes 47 (*Thomas*).
— des Schenkelhalses 1170 (*Frangenheim*).
— des Schenkels, veraltete 705* (*Herz*).
— des Schienbeins 1319 (*Sonntag*).
— des Schlüsselbeins 1167 (*Couteaud*), 1168 (*Manning*), 1200* (*Cordua*).
— der Tub. ossis metatarsi V. und des Proc. post. tali 353 (*Lilienfeld*).
— des Zwerchfells 957 (*Methling*), 958 (*Wieting*).
Bruit de pot fêlé am Abdomen, Bedeutung des 665* (*v. Mangoldt*).
Bubonen 527 (*Richter*).
Bubonenbehandlung nach Bier'scher Methode 641 (*Moses*).
Bulbus v. jugul., Freilegung des 1335 (*Voss, Grunert, Voss*).
Bunge'sche Amputationsstümpfe 608 (*Ranzi, v. Auffenberg*).
Bursa omentalis-Abszeß 91 (*Baradulin*).
Brustamputation 1150 (*Weir*).
Brust-Bauchwunden 619 (*Poenaru-Caplescu*).
Brustdrüse, Osteoidsarkom der 490 (*Hüter, Karrenstein*).
— Syphilis der 325 (*Beer*).
Brustdrüsenexstirpation 620 (*Payr*).
Brustdrüsentuberkulose 1342 (*Braendle*).
Brustfellentzündung, eitrige 1341 (*Horn*).
Brusthöhlengeschwülste 1157 (*Burdach, Mann*).
Brustkorbes, Tuberkulose des 507 (*König*).
Brustkorbverletzungen, penetrierende 239 (*Haim*).
Brustkrebs 230 (*Handley*), 325 (*Krusen*), 326 (*Gage*), 444 (*Osler*).
— Lymphdrüsen bei 110 (*Ritter*).
Brustschuß 1157 (*Maffre*).
Brustwandresektion 786 (*Torek*).

Callus 459 (*Gümbel*).
Caput obstipum 1386 (*Geissler*).
Cardiaverschluß der Speiseröhre 1083 (*Sauerbruch, Haecker*).
Cardiospasmus 681 (*Erdmann*), 763 (*Brüning*).
Carotisdrüse, Geschwülste der 291 (*Kaufmann, Ruppauer*).
Carotisdrüsengeschwulst 1387 (*Keen, Funke*).
Catgut 191 (*Hallion, Garrion*), 199 (*Tanton*), 1348 (*Karewski*).
Catgutsterilisation 1055 (*v. Herff*), 1209* (*Stich*).
Cervicodorsalskoliose 377 (*Drehmann*).
Chirurgie 215 (*Keen*).
— allgemeine 5 (*Leser*), 985 (*Billroth-Winiwarter*).
— Atlas der orthopädischen 247 (*Hoffa, Rauenbusch*).
— der Augenhöhle 1207 (*Köhl*).
— der Blutgefäße 119 (*D'Arcy-Power*).
— des Brustkorbes 504 (*Mayer*).
— des Choledochus 259 (*Moynihan*).
— des Dickdarmes 575 (*Pantaloni*).
— der Gallenblase 446 (*Pereira, Harris, Otten*).
— der Gallenwege 1041 (*Stieda*).
— Handbuch der orthopädischen 245 (*Joachimsthal*).
— des Herzbeutels 229 (*Lindner*).
— des Kindes 367 (*Kirmisson*).
— der Mundhöhle 225 (*Kaposi, Port*).
— der Nephritis 62 (*Gaudiani*).
— der Niere 297 (*Van der Veer*).
— und Orthopädie, Anwendung der strömenden Wasserkraft bei 154* (*Machol*).
— orthopädische 588 (*Haudeck*), 871 (*David*).
— des praktischen Arztes 986 (*Ebstein, Schwalbe*).
— spezielle 1049 (*Leser*).
Chirurgische Technik 716 (*Allen*).
Chirurgischer Assistent 365 (*Brickner*).
Chloräthylnarkose 717 (*Hoton*).
Chlorkalzium zur Blutstillung 426 (*Toubert*).
Chloroformnarkose 738 (*Reynier*).
— Herzkranker 1272 (*Martinez*).
Chloroformsynkope, Herzmassage in der 1116 (*Lenormant*).
Chloroform und psychische Störungen 737 (*Picqué*).

Chloroxykarbondämpfe 74 (*Armand, Bertier*).
Choanenverschluß, angeborener 1151 (*Anton*).
Cholangitis 496 (*Adolph*).
Cholecystektomie 512 (*Robson*), 950 (*Erdmann, Caro*).
— und Hepatopexie 1287 (*Haasler*).
Cholecystitis 863 (*Fedorow*).
— und Cholangitis 140 (*Dreesmann*).
— ex typho 540 (*Findlay, Buchanan*).
— typhosa 32 (*Dörr*).
Choledochus, Chirurgie des 259 (*Moynihan*).
Choledochusruptur, traumatische 783 (*Dirk*).
Choledochusspülung 96 (*Fink*).
Choledochusstein 259 (*Ombrédanne*).
Choledochussteine 854 (*Robson*).
Choledochusverschluß 688 (*Long*).
Cholelithiasis 32 (*Bell*).
Cholesteatom der Schädelknochen 571 (*Unterberger*).
Chondritis costalis 478 (*Esquerdo*).
Chorioepitheliom 455 (*Hörmann*).
Chorioepitheliome 447 (*Frank*).
Chromocystoskopie 892 (*Voelcker*).
Chylangiome, mesenteriale 55 (*Klemm*).
Coecumwand, Ersatz der vorderen 145 (*Krause*).
Colitis membranacea 15 (*White*).
Collargol 218 (*Weissmann, Ritterhaus*).
Conjunctivalcyste, zahnhaltige 116 (*Stieren*).
Coxa vara 172 (*Gaudier*), 1172 (*Helbing*), 1180 (*Francke*).
Coxitis tuberculosa 910 (*Lewiasch*).
Curette, die, zur Entfernung eingewachsener Gazestreifen 899* (*Mori*).
Cystadenom der Parotis 117 (*v. Saar*).
Cyste des Eierstocks 1392 (*Schroeder*).
— der Schilddrüse 118 (*Caubet*).
Cystenbildungen der Niere 1125 (*Herxheimer*).
Cysten der Knochen 299 (*Glimm*).
— des Wurmfortsatzes 28 (*Klemm*).
Cystenniere 45 (*Sieber*), 61 (*Tatsujiro Sato*).
Cystitis trigoni 891 (*Heymann*).
— tuberculosa 660 (*De Keersmaecker*).
Cystoskope, auskochbare 143 (*Wossidlo*).
Cystoskopie 789 (*Nicoll*), 1259 (*Gutbrod*).
— Atlas des Weibes 159, 829 (*Zangemeister*).
Cystotomia suprapubica 780 (*Chénieux*).

Darmanastomosierung 565 (*Pocell*), 675 (*Tait*), 750 (*Werelius*), 944 (*Pleth*).
Darmblutungen bei hochsitzenden Hämorrhoiden 713* (*Goldmann*).
Darmdesinfektion 845 (*Hoffmann*).
Darmdrainage bei akutem Darmverschluß 945 (*Moynihan*).
Darmentleerung, methodische 139 (*Pinatelle, Rivière*).
Darmentzündung, phlegmonöse 1369 (*MacCallum*).
Darminfarkte 750 (*Matthes*).
Darminkarzeration, retrograde 950* (*Haim*), 1064 (*Manninger*).
Darminvagination 415 (*Haedke*), 575 (*Roth*).
Darmkanalverengerungen, angeborene 78 (*Kreuter*).
Darmkolikschmerzen 845 (*Lennander*).
Darmkrampf und Appendicitis 400 (*Hawkins*).
Darmkrebs 1371 (*Finsterer, Cushing*).
Darmlagerungen 396 (*Koch*).
Darmnaht 778 (*Dujou*), 1356 (*Connell*).
Darmperforation bei Typhus 492 (*Greaves*), 1362 (*Woolsey*), 1363 (*Czarnik*).
Darmresektion 121* (*Kausch*), 510 (*Eliot*), 518 (*Antonelli*), 687 (*Spassokukozkaja*).
Darmriß 269 (*Campbell*).
Darmrupturen, subkutane 1035 (*Rubritius*).
Darm-Scheidenfisteln 781 (*Fournier*).
Darmschlingen, zwei, im Leistenbruchsack 956 (*Pringle*).
Darmschüsse 265 (*Neumann*).
Darmstein 518 (*Wimmer*).
Darmstenose 1039 (*Goyanes*).
— traumatische 765 (*Longard*).
Darmstrikturen, tuberkulöse 959 (*Ito, Asahara*).
Darmstörungen nach Magenoperationen 494 (*Anschütz*).
Darmvereinigung, Technik der 650* (*Wendel*).
Darmverengerung, traumatische 1369 (*Kachler*).
Darmverschluß 80 (*Le Glay*), 257 (*Elliot*), 494 (*Leeming*), 495 (*Nieto*), 779 (*Pasteau*), 852 (*Offergeld*), 1108 (*Ringel, Karpa, Edmunds*), 1109 (*Martin, Pleth*).
— akuter 945 (*Moynihan*).
— innerer 946 (*Göbell*).
— mechanischer 93 (*Hofmeister*).
Darmvorfall, postoperativer 857 (*Krause*).
Darmzerreißungen 1022 (*Bunge*).
Décanulement 311 (*Schmieden*).
Defekt, traumatischer, des rechten Ohres 21 (*Körte*).
Deformitäten durch Muskelangiom 974 (*Putti*).
Dérangement interne, atypisches, des Knies 301 (*Barker*).
Dermatitis, urämische 1069 (*Chiari*).
Dermatologische Atlanten 995 (*Jacobi, Neisser, Jakobi*).
Dermatomyositis 881 (*Steiner*).
Dermoid des Beckenbindegewebes 56 (*Payr*).

Dermoid des Mundbodens 23 (*Brentano*).
Dermoidcyste des Mediastinum 24 (*Nordmann*).
Dermoidcysten, mediastinale 12 (*Morris*).
Dermoide des Samenstranges 792 (*Wrede*).
Desinfektion der Hände 1055 (*Mestral*).
Diabetes, Extrakt der Duodenalschleimhaut gegen 249 (*Abram*).
Diagnostik, chirurgische 500 (*Berg*).
— der Nierenfunktion 830 (*Kapsammer, Berg*).
Diaphragma der Luftröhre 888 (*Strohe*).
Diaphysentuberkulose 1313 (*Zumsteg*).
Dickdarmgangrän 766 (*Lanphear*).
Dickdarmgeschwulst 862 (*Knowlton*).
Dickdarmkarzinome 779 (*Pouchet*).
Dickdarmkrebs 138 (*Cavaillon*), 518 (*Hochenegg*).
Dick- und Mastdarmexzision 959 (*Gant*).
Dilatation, angeborene, der Harnleiter und Hydronephrose 60 (*Fortescue-Brickdale*).
— des vesicalen Harnleiterendes 296 (*Adrian*).
Diphtherie 1008 (*Veiel, Hartmann*).
Diphtherische Kehlkopfstenose 744 (*Moltschanow*).
— Operationswunden 736 (*Burfield*).
Divertikel am Wurmfortsatz 1105 (*Schweizer, Seelig*).
Doppelamputation der Unterschenkel bei Diabetes 912 (*Hayd*).
Dosimeter 822 (*Kienböck*).
Douglaseiterung 313 (*Morian*).
Douglasexsudate, Diagnose der 572 (*Kropeit*).
Drahtnetze gegen Bauchbrüche 1361 (*Bartlett*).
Drainage der Gallenwege 1026 (*Terrier*).
Druckstauung 936 (*Ettinger*).
Ductus choledochus 332 (*Moynihan*).
— — Verletzung des 31 (*Rothfuchs*).
— deferens, Anastomosierung 1128 (*Lydston*).
— — Verletzung des 41 (*Lusena*).
— ejaculatorius und Colliculus seminalis 452 (*Porosz*).
— thoracicus, Tuberkelbazillen im 1340 (*Whipple*).
— — Verletzung des 27 (*Vautrin*), 998 (*Unterberger*), 1011 (*Fullerton*).
Dünndarmes, Anatomie des 14 (*Monks*).
— Vereinigung des durchtrennten 1355 (*Pólya*).
Dünndarmkrebs 415 (*Kanzler*).
Dünndarmresektion 1354 (*Schlatter*).
Duodenalgeschwür 538 (*Smith*), 764 (*Martin*).
— nach Gastroenterostomie 943 (*Gosset*).
Duodenalgeschwüren, Durchbruch von 953 (*Clay*).
Duodenalstumpfbehandlung bei der Resektionsmethode Billroth II 121* (*Kausch*).
Duodenocholedochotomie 511 (*Hancock*).
Dupuytren'sche Fingerkontraktur 606 (*Bäärnhielm*).
Durchlässigkeit der Darmwandung für Bakterien 77 (*Rindone*).
Dyspepsie, chirurgische Eingriffe 517 (*Campbell*).
Dystrophia muscularis progressiva 654 (*Kuh*).

Echinokokken 767 (*Reinecke, Stein*), 768 (*Quénu*).
Echinokokkenbehandlung 1042 (*Chaput*).
Echinokokkencyste, solitäre, des Mesenteriums 355 (*Riese*).
Echinokokken der Niere 543 (*Baradulin*).
Echinokokkenrezidive 1027 (*Devé*).
Echinokokkus 599 (*Kablukoff*).
Echinokokkuscyste 336 (*Manicatide, Galaschescu*).
Echinokokkus des Gehirns 1018 (*Esteves*), 1019 (*De Schweinitz*).
— des Herzens 325 (*Grulee*).
— der Leber 355 (*Löhlein*), 948 (*Terrier, Dujarier*).
— des Mediastinums 984 (*v. Navratil*).
Eierstocksangiom 472 (*Jacobson*).
Eierstocksbruch 763 (*Nicoll*).
Eierstockscyste 1392 (*Schroeder*).
Eierstocksdermoid 472 (*Isaacs*).
Eierstocksgeschwulst 299 (*Uthmöller*).
Eierstockskrebs 1048 (*Bland-Sutton*).
Eierstocksgeschwülste 286 (*Daniel, Amann*), 299 (*Uthmöller*), 1264 (*Tuffier, Falkner*).
— bei Kindern 839 (*Donhauser*).
— sekundäre 286 (*Amann*).
Eierstockskystomen, Stieldrehungen von 286 (*Daniel*).
Eierstockstransplantation 63 (*Warbasse*).
Einfädeln, fingerfreies 840 (*Hertzka*).
Eingeweidebrüche 486 (*Ortiz de la Torre*).
Eingeweidekrebse, Frühdiagnose der 80 (*Boas*).
Einklemmung, innere 687 (*v. Huber*).
Einrenkung veralteter kongenitaler Hüftgelenksluxation 805 (*Becher*).
Einschnürung, amniotische, am Unterschenkel 1014 (*Ottendorf*).
Eiterung der Fingergelenke *120* (*Rosenberger*).
— der Nasennebenhöhle 968 (*Delsaux*).
Eklampsie, Nierenoperation bei 791 (*Pousson, Chambrelent*).
Ellbogenverrenkung 300 (*Staunton*), 710 (*Kirstein*).
Ellbogenverletzung 144 (*Bail*).
Elephantiasis 812 (*v. Eiselsberg*), 897 (*Kusnezow*), 1203 (*Rubesch, v. Brunn*).
— von Vulva und Bein 63 (*Maclean*).
— der Kopfschwarte 388 (*v. Saar*).

Embolie und Thrombose der Gekrösgefäße 1372 (*Rittershaus*).
Emphysem, chirurgisches 239 (*Allan*).
— interstitielles 1340 (*Pfeiffer*).
— und Pneumothorax 632 (*Zimmermann*).
Empyem, doppelseitiges 427 (*Hellin*).
— des Sinus frontalis 1380 (*Massier*).
— — maxillaris 979 (*Onodi*).
Enchondrom der Glandula submaxillaris 777 (*Morestin*).
Endoskopie der Harnröhre 1131 (*Goldschmidt*).
Enteroanastomose und Darmresektion 1283 (*Pochhammer*).
Enterokystome 531 (*Colmers*).
Enterokystom von Gekröse und Netz 56 (*Roegner*).
Enterorektoanastomose 779 (*Lardennois*).
Enterostomie 266 (*Braun*).
Entfernung, nachträgliche, eingewachsener oder eingeklemmter Gazestreifen 973* (*Lauenstein*).
Entzündung der Keilbeinhöhle 1378 (*Thomson*).
— des subpatellaren Gelenkkörpers 912 (*Passaggi*).
— der Wirbelsäule, chronisch-ankylosierende 628 (*Zülzer*).
Entzündungen, akute, eitrige, Behandlung mit Stauungshyperämie nach Bier 274* (*Kaefer*).
— mit Stauungshyperämie nach Bier 274* (*Kaefer*).
Eosinophilie der Niere 356, 893 (*Sultan*).
Epidermiszellen, Lebensdauer und Lebensfähigkeit der 69 (*Burkhardt*).
Epiglottiscysten 982 (*Bogoljubow*).
Epilepsie, Jackson'sche 698 (*Krause*).
— operative Behandlung der gemeinen 679 (*Gluck*).
— bei otitischem Schläfenlappenabszeß 679 (*Gluck*).
Epithelioma adamantinum 627 (*Steensland*).
Epitheliom der Gallenwege 1111 (*Tuffier*).
— der Harnröhre 168 (*Lecène*).
Epithelmetaplasie an der Gebärmutter 1236 (*Oeri*).
Erbrechen, periodisches, und Appendicitis 131 (*Granfeld*).
Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege 383 (*Suzuki*).
Ergotingangrän 1160 (*McKay*).
Erkrankung, typische, der Achillessehne 1* (*Drehmann*).
Erkrankungen der Harnblase 281 (*Lower*).
— des Hüftgelenkes 25 (*Immelmann*).
— der Nase und der Nebenhöhlen 234 (*Trautmann, Onodi*), 235 (*Magnus, Mieck*).
— paraurethrale gonorrhoische 57 (*Winkler*).
Erlich's Seitenkettentheorie 819 (*Bruck*).
Ersatz des Fersenbeines durch das Sprungbein 1014 (*Stegmann*).
Erysipel 372 (*Noguera*).
Erythema induratum 1204 (*Kraus*).
Euguform 641 (*Schwarz*).
— bei Hautkrankheiten 553 (*Dreuw*).
Exartikulationsstümpfe, Deckung von *127* (*Samter*).
Exostosen des Fersenbeines 176 (*Barker*).
Exothyreopexie 1340 (*Blauel*).
Exstirpation der Gallenblase 865* (*Witzel*).
— des Ganglion Gasseri 145 (*Krause*), 1334 (*Renton*).
— des Kehlkopfes 631 (*Albrecht*).
— des Larynx und Pharynx wegen Karzinom 24 (*Nordmann*).
— des Mastdarmes 767 (*Muscatello*).
— der Milz 30 (*Simon, Spillmann*).
— des Penis mit Resektion des Scrotum 621* (*Janssen*).
— der Thymusdrüse 237 (*Ehrhardt*).
Extensionsbahre 299 (*Hofmann*).
Extensionsschiene 813 (*Hetherington*).
Extensionsverband 359 (*Hofmann*).
Extensionsverfahren 1177 (*Hofmann*).
Extraktion eiserner Fremdkörper aus Nase und Ohr 1087 (*Koellreuther*).
Extremitätenmißbildung *128* (*Draudt*).
Exzision von Dick- und Mastdarm 959 (*Gant*).
Exzitation in der Narkose 825 (*Gersuny*).

Facialiskrampf 1207 (*Léwy, Baudoin*).
Facialislähmung 489 (*Pflaumer*).
Facialisplastik *52* (*Steiner*).
Fadendrainage 1241* (*Hans*).
Faltungsbrüche 708 (*Mayer*).
Fersenbeinbruch 815 (*Schulz*), 897 (*Voeckler*).
Fersenbeinbrüche 1015 (*Sommer*), 1183 (*Becker*).
Fettgewebsnekrose 1278 (*Payr, Martina, Pólya*).
Fibrom der Nierenkapsel 791 (*Hobart*).
Fibrolipom des Magens 29 (*Fischer*).
— des weichen Gaumens 1337 (*Gabourd*).
Fibromyom des kleinen Netzes 336 (*Murphy*).
Fibrosarkom im Wirbelsäulenkanal 236 (*Ward*).
Fibularbrüche 594 (*v. Khautz jun.*).
Fingereiterung, chronische, mit Kalkablagerung 172 (*Dunin*).
Fingerverletzungen 380 (*Moser*).
Finsenlicht bei Narben und Keloiden 146 (*Morris*).
Finsenlichtes, Wirkung des, auf Tätowierungen 570 (*Meirowsky*).
Fissur des Schienbeins 704 (*Giese*).
Fistelbehandlung 1345* (*Mertens*).
Fisteln, äußere, bei Atresia ani s. recti 767 (*Läwen*).

Fisteln, Behandlung der tuberkulösen, mit der Bier'schen Saugglocke 775* (*Gaugele*).
— sakrococcygeale 277 (*Martina*).
Fixation, dorsale, des Armes bei Schlüsselbeinbruch 1004* (*Bayer*), 1200* (*Cordua*).
Flexura sigmoidea, Knickung der 257 (*Delatoure*).
Formaldehyd und Formalin 585 (*Fischer*).
Formamint 723 (*Rheinboldt*).
Frakturbehandlung 36 (*Bardenheuer, Gebele*), 158 (*Lane*).
Französischer Chirurgenkongreß 728, 777.
Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 21, 143, 263, 354, 678, 782, 875, 1065, 1359.
Freilegung des Herzens bei Herzverletzungen 817* (*Wilms*).
Fremdkörperentfernung 549 (*Heyerdahl*).
Fremdkörper in der Bauchhöhle 1103 (*Grusdew*).
— in der Blasenwand 790 (*Exner*).
— in Harnröhre und Blase 39 (*Englisch*).
— in der Luftröhre 1157 (*Picqué*).
— und Röntgenstrahlen 1053 (*Grashey*).
— in der Speiseröhre 409 (*Bluyson*), 681 (*Downie*), 1331* (*Franke*).
— in der Wunde, Zurücklassen von 841 (*Reichel*).
— und Wundinfektion 546 (*Gaffky*).
Fremdkörperperitonitis 269 (*Date*).
Fremdkörpertuberkulose des Bauchfells 941 (*Cooper*).
Funktion der immobilisierten Muskeln 638 (*Ferrarini*).
Furunkel und Milzbrand 372 (*Cirera*).
Fußabdrücken, Herstellung von 1015 (*Eckstein*).
Fußamputation, osteoplastische 176 (*Duret*).
Fußdeformitäten *128* (*Joachimsthal*).
Fußgelenkentzündung, traumatische, und Arteriosklerose 464 (*Voltz*).
Fußgelenkresektion, osteoplastische *126* (*Brodnitz*).
Fußgelenkverstauchung 352 (*Vorschütz*).
Fußleiden, traumatisches 436* (*Ebbinghaus*).
Fußsohlenschmerz 303 (*Pochhammer*).
Fußverletzungen 815 (*Teufel*).

Gänge am Penis, akzessorische 773 (*Lichtenberg*).
Gallenblase, brandige, Riß des Ductus choledochus 495 (*Ransohoff*).
Gallenblasen-Bronchusfistel 1111 (*Schlesinger*).
Gallenblasenchirurgie 446 (*Pereira, Harris, Otten*).
Gallenblase und -Wege, Chirurgie der 1277 (*Rogers*).
Gallenblasenexstirpation 865* (*Witzel*).
Gallenblase, intrahepatische 96 (*Wieder*).
Gallenblasenpapillom 149 (*Hansson*).
Gallenblasenwucherungen, papilläre 1028 (*Pels-Leusden*).
Gallenfistel, alimentäre, Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden 197* (*Gross*).
Gallenfisteln 195 (*Patel*).
Gallenfluß bei Leberabszeß 949 (*Valence*).
— bei Leberechinokokken 948 (*Terrier, Dujarier*).
Gallensteine 17 (*Naunyn*), 320 (*Ewald, Ehret*), 1277 (*Mongeur*), 1374 *Schmid, Hawkes*).
— Magenatonie bei 950 (*Rose*).
Gallensteinileus 53* (*Fink*), 518 (*Wiesinger*), 876 (*Hermes*).
Gallensteinkrankheiten 753 (*Kehr*).
Gallensteinoperation 149 (*Lorenz*), 206 (*Fink*), 258 (*Borelius*).
Gallensystem, plastische Operation am *113* (*v. Stubenrauch*).
Gallenwege, Chirurgie der 1041 (*Stieda*).
— Drainage der 1111 (*Lejars*).
— Epitheliom der 1111 (*Tuffier*).
Ganglion am Kniemeniscus 1183(*Schmidt*).
— Gasseri, Exstirpation des 1334 (*Renton*).
Gangrän des Dickdarmes 766 (*Lanphear*).
— der Lider 884 (*Apitz*).
— des Unterschenkels 175 (*Barrière*).
Gastrektomie 1061 (*Montprofit*).
Gastroduodenostomie 77 (*White*).
Gastroenterostomie 93 (*Montprofit*), 539 (*Maunsell*), 765 (*Buske, De Beule*), 1368 (*Delaloye*).
— Duodenalgeschwür nach 943 (*Gosset*).
Gastrojejunostomie 686 (*D'Arcy-Power*), 1038 (*Wallis*).
Gastroptosis 685 (*Eve*), 1348 (*Worden, Sailer, Pancoast, Davis*).
Gastrostomie 634* (*Tavel*), 1026 (*Evans*).
— und Jejunostomie 138 (*Arce*).
— bei Peritonitis 1023 (*Gauthier, Pinatelle*).
Gaumennaht 364* (*Dollinger*).
Gaumenspalte 117 (*Berry*), 375 (*Murray*), 1330 (*Fawcett*).
Gebilde, palpable, des normalen menschlichen Körpers 188 (*Cohn*).
Gebärmutter, Epithelmetaplasie an der 1263 (*Oeri*).
Gebärmutterfibrome, retroperitoneale 472 (*Stone*).
Gebärmutter, Folgen der Entfernung 1249 (*Burckhard*).
Gebärmuttergeschwülste 1263 (*Doca*), 1264 (*Brunet*).
Gebärmutterinversion, chronische, durch Krebs 169 (*Stark*).
Gebärmutterkrebs 162 (*Kallionzis*).
— Beckenlymphdrüsen bei 1249 (*Sitzenfrey*).

Gebärmuttermyome 458 (*Pincus*).
Gebärmutter-Scheidenkrebs 544 (*Brunet, Mackenrodt*).
Gebärmuttervorfall 544 (*Stork*).
Gedenkschrift für R. v. Leuthold 545 (*Schjerning*).
Genu valgum 381 (*Ghillini*), 1002 (*Pätzold*), 1292 (*Guradze*).
Gefäßschüsse *36* (*Brentano*).
Gefäßvereinigung, operative 640 (*Guthrie, Carrel*).
Gefrierpunktbestimmung von Körperflüssigkeiten 70 (*Cohn*).
Gehirngeschwulst 356 (*Püschmann*).
Gehirnoperationen 1144 (*Horsley*).
Gehirnpräparation 997 (*Strasser*).
Gehirntuberkulose 616 (*Alessandri*).
Gekröscyste 539 (*Bobbio*).
Gekröscysten 335 (*Petřivalský, Jepson, Adler, Hahn*).
Gekrös- und Netz-Enterokystom 56 (*Roegner*).
Gekrösgefäße, Embolie und Thrombose der 1372 (*Rittershaus*).
Gekrösgeschwülste 1043 (*Vance, Porter*).
Gelenkentzündungen 591 (*v. Leyden, Lazarus*).
Gelenkentzündung, gonorrhoische, Biersche Stauung 268 (*Hirsch*).
— syphilitische 834 (*Bertin*).
— traumatische 592 (*Hoffa*).
Gelenkerkrankung, syphilitische 198 (*Findlay, Riddell*).
Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie 360 (*Fehres*).
Gelenkexstirpation 696 (*Hildebrand*).
Gelenkkontrakturen 1195 (*Hohmann*).
Gelenklues, hereditäre *29* (*Bosse*).
Gelenkmäuse im Knie 703 (*Conneil*), 1182 (*Sacharow*).
Gelenkschüsse 21 (*Brentano*), *36* (*Bornhaupt*).
Gelenksteifigkeiten, behandelt mit Bierschem Saugapparat 1360 (*Immelmann*).
Gelenktuberkulose 590 (*Codivilla*), 656 (*Gebele, Ebermayer*), 1194 (*Calot*), 1195 (*Willard*), 1302 (*König*).
Geschmacksstörungen bei Mittelohrerkrankungen 1334 (*Meier*).
Geschoßdeformationen 1188 (*Bonnette*).
Geschoßlokalisation durch Röntgenographie 614 (*Tuffier*).
Geruchs- und Geschmacksorgan 1078 (*Kallius*).
Geschlechtsteile, weibliche, und Blutbeschaffenheit 455 (*Leisewitz*).
Geschwulst des Carotidenkörpers 1339 (*Da Costa*).
— der Carotisdrüse 1387 (*Keen, Finke*).
— des Gehirns 997 (*Mills*), 1019 (*Frazier*).
— intraspinale 26 (*Auerbach, Brodnitz*).
Geschwulst der Nebennieren 1048 (*Bogoljuboff, Lapointe*).
— des N. peroneus 1319 (*Schambacher*).
— der Niere 543 (*Trappe, Cuno*).
— des Wurmfortsatzes, bösartige 761 (*Jones, Rolleston*).
Geschwulstdiagnostik, mikroskopische 6 (*Henke*).
Geschwulstgenese 833 (*Russel*).
Geschwulstlehre 124 (*v. Hansemann*), 126 (*Lassar, Deeks*).
Geschwulstwachstum 1051 (*Loeb*)
Geschwülste 963 (*Borst*).
— der Augenhöhle 1336 (*Hagen-Torn*).
— der Blase 281 (*Watson*), 1045 (*Keydel, Leschner*), 1388 (*Weinreich*).
— bösartige 67 (*Bashford*), 68 (*Röpke*), 69 (*Bindi*).
— der Brusthöhle 1157 (*Burdach, Mann*).
— der Carotisdrüse 291 (*Kaufmann, Ruppauer*).
— des Eierstockes 1264 (*Tuffier, Falkner*).
— der Gebärmutter 1263 (*Doca*), 1264 (*Brunet*).
— des Gehirns 1325 (*Spiller, Frazier*), 1332 (*Oppenheim*).
— des Hodens 1392 (*Blanck, Schön*).
— infektiöse und krebsige, an den Geschlechtsorganen des Hundes 456 (*Sticker*).
— intraspinale 10 (*Harte*).
— mit Kautschukkolloid 1154 (*Wiget*).
— der Kniescheibe 607 (*Anzilotti*).
— der Niere 1260 (*Richelot*), 1261 (*Henschen*).
— der Prostata, bösartige 828 (*Hallopeau*).
— des Rückenmarks 1338 (*Oppenheim, Borchardt*).
— bei Tieren 635 (*Michaelis*), 636 (*Lewin*).
Geschwülsten, protozoenähnlicher Mikroorganismus in 275 (*Schmidt*).
Geschwür des Magens 328 (*Müller*), 405 (*Bergmann, Donati*), 413 (*Lapeyre*), 414 (*Mitchell*), 1350 (*Kreuzer, Gaudemet*).
Geschwüre und Fisteln des Magen-Darmkanals 407 (*Lieblein, Hilgenreiter*).
Geschwürsbildung in Nase, Rachen und Kehlkopf 1386 (*Fordyce*).
Gesichtsaktinomykose 777 (*Thierry*).
Gesichtshypertrophie, einseitige 933 (*Pagenstecher*).
Gesichtslupus *54* (*Schultze*).
Gesichtsmißbildung 626 (*Kirchmayer*).
Gesichtsoperationen 732 (*Depage*).
Gesichtsspalten 933 (*Draudt*).
Glandulae parathyreoideae 619 (*Lusena*).
Glaukom 777 (*Legrange*).
Glykosurie nach Äthernarkosen **1196** (*Röhricht*).
— nach Knochenbrüchen 441 (*Konjetzny*).

Gonokokkenphlegmone 833 (*Schwetz*).
Gonorrhöe, Behandlung der 827 *Tansard, Balzer*).
— chronische 826 (*Lohnstein*).
— und Bilharziaerkrankung 1045 (*Böhme*).
Gritti'sche Amputation 912 (*Corson*).

Hämangiome des Darmes 1368 (*MacCallum*).
Hämatologie 987 (*Carpi*).
Hämatom, extra- und intradurales 1143 (*Apelt*).
Hämophilie 655 (*Weil*).
Hämorrhagie des Pankreas 333 (*Tomaschny*).
Hämorrhoiden 948 (*Randell*), 1041 (*Lederer*).
— hochsitzende, als Ursache von okkulten Darmblutungen 713* (*Goldmann*).
Hämostase durch heiße Luft 146 (*Schlee*).
Händedesinfektion 548 (*Schumburg*), 1055 (*Mestral*).
Härtegradmesser 823 (*Schilling*).
Hallux valgus 416 (*Zesas*).
Halsabszesse 618 (*Viannay*).
Halscyste, angeborene 628 (*Lenzi, Pellegrini*).
Halsfistel *61* (*Riedel*), 236 (*Kaatz, Downie*), 741 (*Cosmettatos, Mavrojannis*).
— angeborene 1082 (*Broca*).
Halsgefäße, große, Resektion 1088 (*de Riba*).
Halsgeschwulst, angeborene 239 (*McGregor, Workmann*), 934 (*Burci*).
Halsorgane, Chirurgie der 680, 1281 (*Gluck*).
Halsrippe 237 (*Hauswirth*).
Halsrippen 27 (*Schönebeck*).
Halsrippenskoliose 799 (*Drehmann*).
Hämaturie 1118 (*Vogel*).
Handbuch, klinisch-therapeutisches 1050 (*Mouchet, Cathelin, Iselin, Devraigne, Delherm*).
Handgelenkskontrakturen 806 (*v. Aberle*).
Handgelenksverrenkungen 812 (*Schade*).
Handlipome 811 (*Martin*).
Handtypus, männlicher und weiblicher 164 (*Kingmann*).
Handwurzelknochenfrakturen 1289 (*Hirsch*).
Harnapparat, Tuberkulose des 646 (*Motz, Hallé*).
Harnblasenausschabung 434 (*Strauss*).
Harnblasenerkrankung 281 (*Lower*).
Harnblasen-Malakoplakie 1121 (*Kimla*).
Harnblasenverschluß 891 (*Leedham-Green*).
Harnleiteranastomosierung 161 (*Bernasconi, Colombino*).
Harnleiter, blind endigender 1389 (*Borrmann*).
Harnleitercyste 1046 (*Klose*).
Harnleiterdilatation 60 (*Fortescue-Brickdale*).
Harnleitersteine 837 *Deaver, Gibbon*), 1045 (*Parker*).
— und Beckenflecke 643 (*Albers-Schönberg*), 644 (*Reichmann*).
Harnleiterstriktur 1045 (*Kelly*).
Harnleiter- und Nierensteine 1244 (*Kelly*).
Harnleiterverletzungen 1381 (*Blauel*).
Harnleiterverschluß, Folgen des zeitweisen 1121 (*Rautenberg*).
Harnorgane, Aktinomykose der 296 (*Stanton*).
Harnröhre, Abnormität der 167 (*Paschkis*).
Harnröhrendefekt 446 (*Struve*).
Harnröhrendivertikel 903 (*Thiemann*).
Harnröhre, Endoskopie der 1131 (*Goldschmidt*).
— Epitheliom der 168 (*Lecène*).
Harnröhrenplastik 38, 57 (*Beck*), 39 (*Lydston*), 56 (*Martina*), 431 (*v. Hacker*). 904 (*Rose*).
Harnröhrensteine 658 (*Finsterer*), 1259 (*De Keersmaecker*).
Harnröhrenstriktur 788 (*Tedenat*).
Harnröhrenstrikturen 657 (*de Grau, Herescu, Danielopol*), 658 (*Selhorst*).
Harnröhrenverengerung, angeborene 431 (*Gardner*).
Harnröhrenverengerungen 1387 (*Galatzi*).
Harnsteine 541 (*Nash, Riddell*), 774 (*Lewy-Dorn, Beck*), 1031 (*Morris*).
— Röntgenuntersuchung bei 161 (*Beck*).
Harnwege, Desinfektion der 643 (*Mandrila*).
Hautaffektionen, chirurgische, das Wetter und 1192 (*Wittstein*).
Hautblastomykose 552 (*Krause*).
Hauterkrankungen, gonorrhoische 827 (*Roux*).
Hautfisteln dentalen Ursprungs 617 (*Niculescu*).
Hautkrankheiten, Röntgenbehandlung bei 1053 (*Bruhns*).
Hautkrebs 442 (*Coenen*).
— der Seeleute 570 (*Dalous, Constantin*).
Hautnaht, Modifikation der 166* (*Samuel*).
Hautplastik 679 (*Gluck*).
Hautsarkome, Röntgentherapie der 18* (*Albers-Schönberg*).
— und -Fibrome, angeborene 1069 (*Moldovan*).
Hautschnitte, kurze, bei Operationen 669 (*Van Hook*).
Hauttransplantationen 794* (*Goldmann*).
Hautvenen, Blutlauf in den 1093 (*Ledderhose*).
Hautverpflanzung 1193 (*Noeske*).
Heftpflaster- und Bindenbehandlung der Bauchorgane 147 (*Clemm*).
Heißluftapparat 386 (*Mirtl*).

Hemiplegie, infantile zerebrale 1143 (*Fränkel*).
Hepatopexie 31 (*Nikolić*).
Hermaphrodit 63 (*Corby*).
Hernia femoralis *86* (*Sprengel*), 674 (*Berndt*), 763 (*Flaherty*).
— inguino-properitonealis und inguino-interstitialis 850 (*Halstead*).
— ischiadica 957 (*Blech*).
Hernie der Blase 295 (*Lücke*).
— innere, durch das Foramen Winslowii 1353 (*Jeanbran, Riche*).
— retroporitoneale 270 (*Knaggs*).
Hernien, intraabdominale 413 (*Krumm*).
— traumatische 849 (*Lotheissen*), 1222 (*Zahradnicky*).
Hernienoperation *138* (*Wullstein*).
Herniologisches 402 (*Murray*), 412 (*Carmichael, Thomas*), 413 (*Krumm*), 574 (*Hutton, Axhausen*), 1024 (*Murray*), 1025 (*Ebener, Baldwin*), 1037 (*Alessandri, Delkeskamp*), 1038 (*Pólya*), 1106 (*Mayet, Bourganel, Mc Gavin*), 1107 (*Wreden*), 1238 (*Bärlocher*), 1239 (*Hilgenreiner, Zimmer*), 1240 *Chlumský, Streit, Schmid*).
Herpes, rezidivierender 881 (*Dubreuilh*).
Herzbeutelchirurgie 229 (*Lindner*).
Herzchirurgie 11 (*Guibal*).
Herzechinokokkus 325 (*Grulee*).
Herzknetung 201 (*Smith, Daglish*).
Herzmassage 310 (*Müller*), 444 (*Conkling*), 984 (*Mauclaire, Zesas*).
— in der Chloroformsynkope 1116 (*Lenormant*).
Herznaht 516 (*Isnardi*), 566* (*Dolcetti*), 1158 (*Quénu, de Fourmestraux, Liné, Tscherniachowski*), 1342 (*Travers*).
Herztod vom Vagus aus 1154 (*Telford*).
Herzverletzungen *80* (*Goebell*), *81* (*Wendel*), *82* (*Sultan*), 922 (*Momburg*).
— Freilegung des Herzens bei 817* (*Wilms*).
Herzwunden 444 (*Hesse*), 477 (*Gentil*), 490 (*Gibbon*), 516 (*Isnardi*), 566* (*Dolcetti*), 772 (*Borchardt*), 787 (*Niemier, Tschernjächowski*), 888 (*Brézard, Morel*).
Hilfe, erste, auf dem Schlachtfelde *33* (*Zoege von Manteuffel*).
— — in der Schlacht 368 (*Fischer*).
Hinken, intermittierendes 1016 (*Irish*).
Hirnabszeß 475 (*Bibrowicz*), 1378 (*Wicart*).
Hirnchirurgie 931 (*Dardenne, Pochhammer, Revenstorf*), 932 (*Roncali*).
Hirnechinokokken 1018 (*Esteves*), 1019 (*De Schweinitz*).
Hirnerschütterung, Geistesstörung nach 232 (*Heilbronner*).
Hirngeschwulst 978 (*Haasler*), 1332 (*Oppenheim*).
Hirngeschwülste 102 (*Duret*), 219 (*Cushing*), 625 (*Huismans*), 997 (*Mills*), 1019 (*Frazier*).
Hirngeschwülsten, Palliativoperation bei 1325 (*Spiller, Frazier*).
Hirn- und Rückenmarksgeschwülste 1252 (*Krause*), 1254 (*Oppenheim*), 1256 (*Saenger*).
Hirnhemisphäre, Mangel einer 708 (*Grills*).
Hirnrinde 102 (*Klesk*).
Hirnverletzung 624 (*Croce*), 708 *Friedrich*).
Hirschsprung'sche Krankheit 94 (*Gourévitch*), 106 (*Neugebauer*), 330 (*Delkeskamp*).
Histologie des Wurmfortsatzes 1096 (*Mc Carty*).
Hodenanastomosierung 46 (*Gatti*).
Hodenektopie 1383 (*Forgue*).
Hodenentzündung 649 (*Colombino*).
Hodengeschwülste 1392 (*Blanck, Schön*).
Hodengewebe, Radiumwirkung auf 127 (*Thaler*).
Hoden Infektionskranker 533 (*d'Anna*).
Hodensarkom 472 (*Wyeth*).
Hodenscheidenhäute, Lymphangiendotheliom der 62 (*Rindone*).
Hodentuberkulose 1127 (*Batut*).
Hörstörung, doppelseitige, mit Aphasie 1333 (*Boenninghaus*).
Hohlfuß 711 (*Wette*).
Hohlhandbogens, Aneurysma des oberen 152 (*Morestin*).
Hospitalbericht Mt. Sinai 111.
Hüftgelenkentzündung 462 (*Ménard*), 463 (*Silberstein, Duclaux*).
— deformierende 606 (*Hesse*).
Hüftgelenkes, Anatomie des 804 (*Werndorf, Reiner*).
Hüftgelenkserkrankungen 25 (*Immelmann*).
Hüftgelenksluxation, paralytische 609* (*S. Kofmann*).
Hüftgelenkpfannenresektion *120* (*Bardenheuer*).
Hüftgelenkverrenkung 781 (*Fröhlich, Calot*).
Hüftkontrakturen 1180 (*Silberstein*).
Hüftkontraktur, Quadricepslähmung 1316 (*Saxl*).
Hüftverrenkung, angeborene 289 (*Ewald*), 346 (*Calot*), 381 (*Wollenberg*), 462 (*Beyer*), 805 (*Schlee, Becker*), 812 (*Spitzy*), 1170 (*Ewald, Wollenberg*), 1179 (*Blencke, Wette*), 1290 (*Bade*).
— doppelseitige 360 (*Tschmarke*).
— pathologische 813 (*Muscatello*).
— willkürliche *123* (*Braun*).
Hydroa vacciniformis 571 (*Jordan*).
Hydrokele 1247 (*Joly*), 1392 (*Wijnhausen*).
Hydronephrose 44 (*Bozzi*), 60 (*Läwen*), 61 (*Wolffhügel*), 838 (*Mathieu*).
— intermittierende 1134 (*Bazy*).

Hydronephrose, perirenale 1135 (*Minkowski*).
Hyperämie als Heilmittel 8 (*Bier*).
— venöse 1301 (*Homberger*).
Hyperämiebehandlung 1072 (*Kuhn, Grube, Uffenrode*), 1094 (*Darewe*).
— des Kropfes 1085 (*Schmieden*).
Hyperleukocytose 89 (*Renner*), 769 (*Gibson*).
Hypernephrome 648 (*Neuhäuser*), 662 (*Schilling*).
Hyperostose, partielle, des Schädels 679 (*Rinne*).
Hyperphalangie der Daumen 1178 (*Jurčić*).
Hypertrophie der Prostata 1381 (*Bangs, Shoemaker*).
— der Rachen- und Gaumenmandel 723 (*Raynor*).
— u. Krebs der Prostata 773 (*Kümmel*).
Hypogan und Ektogan 256 (*Bab*).
Hysterektomie 780 (*Roussel*).
Hysterische Gestaltveränderung der Wirbelsäule 887 (*Heinrich*).
Hysterotomie, suprapubische 839 (*Russell*).

Ikterus 1275 (*Arnsberger*).
Ileocoecalgeschwülste 270 (*Wolff*).
Ileocoecalschmerz bei Appendektomie 508 (*Hochenegg*).
Ileus infolge subkutaner Bauchdeckenzerreißung 861 (*Thiele*).
Immobilisierte Muskeln 1115 (*Ferrarini*).
Immunität von Mäusen gegen Krebs 215 (*Clowes, Baeslack*).
Implantationstumoren, spontane u. postoperative 1067 (*Sticker*).
Infanteriegeschoß, neues französisches 614 (*Mathieu, Laval*).
Infektion und Bakterienresorption in der Pleurahöhle *79* (*Noetzel*).
Infektionen und Intoxikationen auf die Nieren 1390 (*Hewitt*).
Infusionsapparat 840 (*Küttner*).
Injektionen, epidurale 880 (*Buri*).
— Technik der epiduralen 595* (*Hirsch*).
Irrigator 840 (*Albrand*).
Ischämie 345 (*Schlesinger*).
Ischias 301 (*Forbes-Roos*), 606 (*Umber*), 909 (*Pers*).
— scoliotica 1359 (*Immelmann*).
Isoform 526 (*Winterberg*).
Isotachiol 74 (*Isaja*).
Instrument zur Einführung weicher Katheter 835 (*Bloch*).
Intermediäroperation bei akuter Appendicitis 417* (*Hagen*).
Intrapleuraler Druck 228 (*Roth*).
Intubation bei Kehlkopffraktur 981 (*Uruñuela*).
— und Tracheotomie 238 (*Schiffers*).
Invagination des Wurmfortsatzes in den Blinddarm 203 (*Jalaguier*).

Jaboulay's Darmknopf 256 (*Beer*).
Jackson'sche Epilepsie 233 (*Mermingas*), 373 (*Vorkastner*), 698 (*Krause*).
Jahresbericht 365 (*Hildebrandt*), 1163 (*Hochenegg*).
Jodausscheidung bei Kropfbehandlung 108 (*Kocher*).
Jodbenzindesinfektion 209* (*Heusner*).
Jodkatgutpräparation 1201* (*Burmeister*).
Jodoformgazesterilisation 1225* (*Heyde*).
Jugularis-Hautfistel 1328 (*Alexander*).

Kahnbeinbruch 999 (*Ehebald*).
Kahnbeinbrüche 811 (*Karrer*).
— der Fußwurzel 302 (*Bergmann*).
Kaliumpermanganat zur Blutstillung 75 (*Vörner*).
Kalium hypermanganicum gegen Schlangenbiß 201 (*Rogers*).
Kampf auf Schlachtschiffen 856 (*Suzuki*).
Kampfernaphthol gegen kalte Abszesse 1102 (*Balacescu*).
Karbolsäure gegen Skrophuloderma und Furunkulose 75 (*Vörner*).
Karbunkel, Röntgenstrahlen gegen 231 (*Evler*).
Kardiolyse 787 (*Schmidt*).
Karikatur und Satire in der Medizin 307 (*Holländer*).
Karpalknochen bei Daumenbewegungen 701 (*Alexander*).
Karzinomfälle, zwei 146 (*Lewisohn*).
Katalog 775 (*Schaerer*).
Kathetern, Aufbewahrung von 642 (*Dufaux*).
Kehlkopfexstirpation 631 (*Albrecht*).
Kehlkopffraktur, Intubation bei 981 (*Uruñuela*).
Kehlkopfgeschwüre 379 (*Bokay*).
Kehlkopfkrebs 238 (*Moure*).
Kehlkopfpapillome 1088 (*Kobylinski*).
Kehlkopfstenose 227 (*Hecht*).
Kehlkopfstenosen 10 (*v. Ranke*).
— und -Defekte 981 (*Wendeborn*).
Kehlkopftuberkulose 1149 (*Finder*).
Keilbeinhöhlenentzündung 1378 (*Thomson*).
Keimgehalt, primärer, der Operationswunden *3* (*Döderlein*).
Keloide 189 (*Taddei*).
Kieferhöhleneiterung 104 (*Strubell*).
Kieferhöhlenempyem 742 (*Koellreuther*).
Kieferhöhlenosteom 1151 (*Mieck*).
Kieferklemme, narbige 104 (*Alessandri*).
Kieferschuß 742 (*v. Behm*).
Kinderlähmung, zerebrale 805 (*Perl*).
— spinale 1177 (*Vulpius*).
Klammernaht nach Michel 232 (*Hertzka*).
Klemme zur Gastroenterostomie und Enteroanastomie 726* (*Linnartz*).
Klemmnaht 549 (*Schulze*).
Kleinkaliberschußverletzungen 1312 (*Kettner*).

Kleinhirnerkrankungen 1076 (*Barthélemy*).
Klinik, deutsche 65 (*v. Leyden, Klemperer*).
Klumpfuß 165 (*Grounauer*), 595 (*Haudek*), 808 (*Codivilla, Lange*), 1175 (*Codivilla*), 1184 (*Ewald*), 1292 (*v. Aberle*).
— alter 711 (*Jeanbran*).
Klumphand 606 (*Ewald*).
Kniebandscheibenverrenkung 1182 (*Bergmann*).
Kniegelenkkapsel, Angiom der 910 (*Zesas*).
Kniegelenkkapselsarkom 911 (*v. Ruediger-Rydygier jun.*).
Kiegelenktuberkulose 832* (*Draudt*), (*Wolkowitsch*).
— mit besonderer Berücksichtigung der Resektion 832* (*Wolkowitsch*).
Knieresektion 593 (*Küster*), 1001 (*Flint*).
Kniescheibe, Pathologie der 1180 (*Creite*).
Kniescheibenbruch 607 (*Hamilton*).
— spontaner 814 (*Perrin, Parisot*).
Kniescheibengeschwülste 607 (*Anzilotti*).
Kniescheibennaht 704 (*Schaefer*).
Kniescheibenquerbruch 174 (*Bockenheimer, Goellner*).
Kniescheibenverrenkung 1172 (*Soliero*), 1181 (*Bötticher, Ruppauer*).
— angeborene 350 (*P. Ewald*).
— kongenitale *136* (*Wullstein*).
Kniescheibenverschiebung 710 (*Pringle*).
Knie, schnellendes 806 (*Froelich*).
Knietuberkulose 1012 (*Draudt*).
Knochenaktinomykose *27* (*Wrede*).
Knochenarterien bei Knochenverrenkungen und Frakturen *23* (*Delkeskamp*).
Knochenbildung, heteroplastische 1114 (*Liek*).
— in Kröpfen 935 (*Hunziker, Pfister*).
Knochenbrüche 286 (*Heusner*), 288 (*Guermonprez*), 345 (*Hildebrand*), 1304 (*Deutschländer*), 1305 (*Ranzi*).
— Behandlung der, mit Stauungshyperämie 377* (*Deutschländer*).
— Behandlung von 192 (*Martens*).
— Dislokation der 1164 (*Zuppinger*).
— durch Muskelzug 709 (*Ashhurst*).
— Glykosurie bei 441 (*Konjetzny*).
— operative Behandlung 1165 (*Lambotte*).
— im Röntgenbilde 1312 (*v. Brunn*).
— und Verrenkungen 795 (*Helferich*).
Knochencysten *24* (*Lexer*), *25* (*Tietze*), 299 (*Glimm*), 602 (*D'Arcis*), 1314 (*Müller*).
Knochendefekte, angeborene 810 (*Cramer*).
Knochen- und Gelenkmißbildungen, angeborene 1177 (*Taddei, Prampolini*).
— und Gelenktuberkulose 38 (*Durante*), 1302 (*König*).
Knochengeschwulst 1391 (*Brian*).
Knochenhebel für Osteotomien 900* (*Hohmann*).
Knochenhöhlen 88 (*Ekehorn*).
Knochenimplantation *124* (*Kausch*).
Knochenkallus 587 (*Orth*).
Knochenplombierung 603 (*Comisso*).
Knochensarkom 64 (*Davis, Vasiliu*), 1313 (*Kocher*).
Knochentumoren im Röntgenbilde 1068 (*Rumpel*).
Knochenüberpflanzung 912 (*Dryden*).
Knochenveränderungen bei Akromegalie 87 (*Curschmann*).
Knochenverrenkungen und Frakturen *23* (*Delkeskamp*).
Knoten, verkalkte, in Unterhautzellgewebe und Haut 929 (*Timaschew, Romanow*).
Kolitis 1098 (*Mummery*).
Kolohepatopexie 141 (*Andrews*).
Kolonkarzinome 263 (*Neumann*).
Kolostomie und Appendicostomie 752 (*Curl*).
Kollateralkreislauf, arterieller 71 (*Bier*), 275 (*Katzenstein*).
Komplikationen von Schulterverrenkung 999 (*Jones*).
Kontraktur, ischämische, nach Arterienverletzung 585 (*Bardenheuer*).
Konzentration des Blutes, molekulare 829 (*Ekehorn*).
Kongreßbericht 1098 (*Haggard*).
Kongreß der deutschen Röntgengesellschaft 513.
Konkavtorsion der skoliotischen Wirbelsäule 798 (*Reiner, Werndorff*).
Kopf- und Halseckchymosierung 1150 (*Morestin*).
Kopftetanus 598 (*Pinatelle, Rivière, Leclerc*), 599 (*Ross*).
Kotgeschwülste 778 (*Pozzi*).
Koxitis 290 (*v. Mosetig-Moorhof*), 1074* (*Lauenstein*).
Koxitisbehandlung 802 (*Lorenz*), 804 (*v. Aberle*).
Koxitis, Pathologie der 804 (*Werndorff*).
Krankenhausbericht 735 (*Steinthal*).
— aus Britz 856.
Krankenhaushygiene 547 (*Rubner*).
Krampfadern 896 (*Mayo*).
Kraniotomie, osteoplastische 304 (*Dsirne*).
Krebs 366 (*Goebel*).
— Blutbeschaffenheit bei *5* (*Kelling*).
— der Brust 325 (*Krusen*), 326 (*Gage*), 445 (*Osler*).
— des Darmes 1371 (*Finsterer, Cushing*).
— des Dickdarms 518 (*Hochenegg*).
— des Dünndarms 415 (*Kanzler*).
— des Eierstocks 1048 (*Bland-Sutton*).
— Entstehung des 1203 (*Wyss*).
— der Gebärmutter 1249 (*Sitzenfrey*).
— — und Scheide 544 (*Brunet, Mackenrodt*).
— der weiblichen Harnröhre 294 (*Knoll*).
— der Haut 442 (*Coenen*).
— des Kolon 779 (*Pouchet*).
— der Lunge 971 (*Otten*).

Krebs des Magens 329 (*Brüning*), 330 (*Ito, Asahara*), 493 (*Moynihan*), 861 (*Cavaillon, Pinatelle*), 1026 (*Robson*), 1038 (*Gibson*), 1107 (*Baradulin*), 1352 (*Moullin*).
— — und Trauma 562 (*Menne*).
— des Mastdarmes *107* (*Kraske*), 519 *Carson*), 576 (*Richter*), 676 (*Mayo*), 784 (*Petermann*), 785 (*Rotter*), 1040 (*Petermann*), 1109 (*Trinkler*), 1110 (*Poppert*), 1358 (*Brüning*).
— des Penis 57 (*Creite*).
— der Prostata 40, 788 (*Young*), 773 (*Kümmell*).
— Röntgenbehandlung des 26 (*Gauthier, Duroux, Löser*).
— und Sarkom, Lymphdrüsenbildung bei 1249 (*Ritter*).
— der Schilddrüse 1010 (*Müller, Speese*).
— in den Vereinigten Staaten 737 (*McConnell*).
— und Wasser 654 (*Pöppelmann*).
— des Wurmfortsatzes 1238 (*Zaijer*).
— der Zunge *59* (*Heidenhain*), 917 (*Butlin*).
Krebsdiagnose 599 (*Bermbach*).
Krebsforschung 579 (*Apolant*), 914 (*Brashford*).
Krebsoperationen, frühzeitige 525.
Krebsstatistik 928 (*Steiner*).
Kriegsbericht 1202 (*Follenfant*), 1293 (*Lynch*).
Kriegschirurgisches aus Japan 1068 (*Treutlein*).
Kropf 237 (*Murphy*), 238 (*Zipkin*).
Kropfbehandlung, Jodausscheidung bei 108 (*Kocher*).
Kropfexzisionen, Eintausend *70* (*Kocher*).
Kropf, Röntgenstrahlen gegen 725 (*Pfeiffer*).
Krüppelfürsorge 1233 (*Rosenfeld*).
Kryoskopie 1117 (*Neudörfer*).
— bei Nierenleiden 282 (*Koch*).
Kryptorchismus 1262 (*Schönholzer*), 1263 (*Basso*).
Kupfersalze gegen Aktinomykose und Blastomykose 147 (*Bevan*).
Kyphose 236 (*Dieulafé, Gilles*).

Labyrintherkrankungen, einseitige 1076 (*Krotoschiner*).
— infektiöse 222 (*Kümmel*).
Labyrintheiterung 883 (*Hinsberg*).
Lähmungen nach Lumbalanästhesie 1102 (*Lang*).
Lagen und Gestaltungen, ungewöhnliche, des menschlichen Darmes 479 (*Koch*).
Lageveränderung des Dickdarmes bei Aufblähung 564 (*Lessing*).
Laminektomie bei Spondylitis tuberculosa 1338 (*Renton*).
— und Nervenwurzeldurchschneidung bei Neualgie 142* (*Oehler*).
Laparotomiestatistik 76 (*Casati*).
Larrey 1268 (*Da Costa*).
Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen 69 (*Burkhardt*).
Leberabszeß 30 (*Steinheimer*), 271 (*Risel, Cantlie*), 519 (*Michelau*), 949 (*Valence*), 1042 (*Rogers, Wilson*), 1276 (*Elsberg*), 1373 (*Boyreau*).
Leberabszesse 862 (*Schwarzschild, Goebel*).
— pylephlebitische 149 (*Heymann*).
Lebercyste 272 (*Bland-Sutton*), 1373 (*Ikonnikow*).
Leberechinokokkus 30 (*Blanc, Tisserand*), 355 (*Löhlein*), 948 (*Terrier-Dujarier*).
Leberfläche, Freilegung der hinteren 144 (*Krause*).
Lebergeschwulstamputation 96 (*Mazzoni*).
Lebergeschwülste 1111 (*Donati*).
Lebersarkom 322 (*Bilfinger*).
Leberschuß 519 (*Klett*).
Lebersteine 540 (*Vachel, Stevens*).
Leberoberfläche, Gestalt der 148 (*Moody*).
Leberruptur 322 (*Thöle*).
Leberveränderungen bei Pankreaserkrankungen 150 (*Wiesel*).
Leberverletzungen 754 (*Nötzel*), 960 (*Denks*), 1373 (*Borszéky*).
Leberzerreißung 445 (*Deetz*).
Leibschmerzen 843 (*Lennander*).
Leiomyom des Biceps brachii 171 (*Cernezzi*).
— des Gaumens 235 (*Fein*).
— des Magens 204 (*Delore, Leriche*).
Leistenbruch 316 (*Butler*), 402 (*Murray*), 412 (*Carmichael, Thomas*), 562 (*Owen, Schmidt*), 943 (*McArdle*), 1363 (*Ingbert*).
— direkter, der Frau 1097 (*Donati*).
— interparietaler 147 (*Bayer*).
— beim Mädchen 29 (*Greene-Cumston*).
Leistenbruchband für Säuglinge 1161* (*Fiedler*).
Leistenbrüche 255 (*Gratschoff*), 673 (*Waldeyer*), 683 (*Rudnew*), 684, (*Ssamochozki, Arkel*), 761 (*Campbell*), 762 (*Reichborn, Litthauer*), 955 (*Brenner*).
— der Kinder 1224 (*Bühlmann*).
— Radikaloperation der 529 (*Baratinski*).
— traumatische 1097 (*Warabjow*).
Leistenhoden 46 (*Steinmann*).
Leistenhodentorsion 792 (*Lichtenstern*).
Ligaturträger, einfacher 831* (*Ehrhardt*).
Lidplastik 116 (*Elter, Haass*), 1078 (*Goyanes*).
Lipom des Herzbeutels 1011 (*Mackenzie*).
Lipome, osteoperiostale 963 (*Schwarz, Chevrier*).
Lithotripsie 836 (*Hagmann*).
Lokalanästhesie 372 (*Liebl*), 525 (*Schapira*), 526 (*Christie*), 533* (*Greiffenhagen*), 582 (*Thompson*), 583 (*Knight, McCardie*), 1007 (*Borchgrevink, Dold*).
— und Sensibilität in Organ und Gewebe 871 (*Lennander*).

Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde 309 (*Rosenberg*).
Lokalisation der tierischen Parasiten 1051 (*Frangenheim*).
Lendenwirbel- und Kreuzbeinverletzungen 378 (*Ludloff*).
Lepra 880 (*v. Neumann*).
Leptominingitis 233 (*Noltenius*).
Leukämie, Röntgenstrahlen bei 25 (*Cramer*).
Leukocyten bei der Lungentuberkulose 611 (*Kjew-Petersen*).
Leukocytenzählungen 875 (*Sonnenburg*).
Leukocytosepyämie 1311 (*Talma*).
Luftröhre, Fremdkörper in der 1157 (*Picqué*).
— Verlagerung der 1156 (*Groeber*).
Lugol'sche Lösung 1141 (*Goebel*).
Lumbalanästhesie 73 (*Hildebrandt*), 371 (*Lazarus*), 393* (*Hackenbruch*), 656 (*Sonnenburg*), 657 (*Adam*), 879 (*Slajmer, Dean*), 1251 (*Defranchesci*), 1274 (*Müller*).
— Lähmungen nach 1102 (*Lang*).
— mit Stovain 89 (*Caplescu-Poenaru, Tilmann*).
Lumbalhernie, eingeklemmte 778 (*Lejars*).
Lumbalpunktion bei Ohrenleiden 389 (*Helsmoortel*).
Lungenabszeß 787 (*Rieder*).
Lungenaktinomykose 23 (*Brentano*).
Lungenchirurgie 998 (*Macewen*).
Lungengeschwülste 920 (*Lindsay*).
Lungenkomplikationen 878 (*Armstrong*).
— nach Bauchoperationen 130 (*Bibergeil*).
Lungenkrebs 971 (*Otten*).
Lungennaht 229 (*Tiegel*).
Lungenödem bei Äthernarkose 536 (*Pedersen*).
Lungenschuß 355 (*Löhlein*).
Lungentuberkulose, Leukocyten bei der 611 (*Kjew-Petersen*).
Lupus des Gesichts *54* (*Schultze*).
— postexanthematicus 551 (*v. Veress*).
Lux. fem. suprapubica 392 (*Schlaginweit*).
— obturatoria 165 (*Riedel*).
— pedis sub talo 301 (*Wendel*).
— sub astragalo, komplizierte 711 (*Thienhaus*).
Luxation des Penis 788 (*Guth*).
— der Semilunarknorpel des Knies 350 (*Zahradnicky*).
Luxationen 1309* (*W. v. Brunn*).
Lymphangiectomia auriculi 742 (*Vörner*).
Lymphangiektasie 612 (*Gross*).
— der Leiste 1001 (*Gross*).
Lymphangiendotheliom der Hodenscheidenhäute 62 (*Rindone*).
Lymphangiom des Oberschenkels 172 (*De Gaetano*).
Lymphangitis, gonorrhoische 536 (*Schultz*).
Lymphcyste des Oberschenkels 1318 (*Poper*).
Lymphdrüsen 474 (*Most*), 488 (*Brunet*).
— im Becken bei Gebärmutterkrebs 1249 (*Sitzenfrey*).
— bei Brustkrebs 110 (*Ritter*).
Lymphdrüsenneubildung im Fettgewebe beim Karzinom und Sarkom 1249 (*Ritter*).
Lymphdrüsenregeneration 964 (*Meyer*).
Lymphdrüsenschwellungen mit Prurigo 873 (*Dubreuilh*).
Lymphdrüsentuberkulose, atypische 736 (*Gennari*).
Lymphgefäße der Nase 222 (*André*).
Lymphgefäßsystem bei Syphilis der Weiber 527 (*Bergh*).
Lymphomatose, Röntgenbehandlung allgemeiner *22* (*Clairmont*).
— der Speichel- und Tränendrüsen 1151 (*Minelli*).
Lymphome, maligne 1311 (*Pfeiffer*).

Madelung'sche Deformität des Handgelenkes 380 (*Sauer*).
Magenausheberung 684 (*Gerhartz*).
Magen-Bauchwandfistel 1365 (*Kuzmik*).
Magen- und Bauchwandresektion 204 (*Jäger*).
Magen beim Erwachsenen und Kind 1059 (*Leven, Barret*).
Magenchemismus, die Änderung des, nach Gastroenterostomie 1065 (*Katzenstein*).
Magenchirurgie 76 (*Casati*), 529 (*Peterson*).
— Experimentelles aus der *133* (*Wullstein*).
Magen, chirurgische Eingriffe am 76 (*Boas*).
Magen-Darmanastomosierung 1353 (*Flint*).
Magen-Darmkanals, Geschwüre u. Fisteln des 407 (*Lieblein, Hilgenreiter*).
— Verletzungen des 683 (*Vosswinkel*).
Magen-Darmzerreißungen 312 (*Tawaststjerna*).
Magen-Dickdarmfistel 414 (*Perutz*), 1040 (*Chavannazy*).
Magenerweiterung, akute postoperative 860 (*Halstead*).
Magenfistel, traumatische 493 (*Chustro*).
Magen- und Duodenalfisteln nach Pylorektomie 316 (*Leriche*).
Magen, Fibrolipom 29 (*Fischer*).
Magengeschwür *92* (*Krönlein*), 328 (*Müller*), 405 (*Bergmann, Donati*), 413 (*Lapeyre*), 414 (*Mitchell*), 675 (*Ries*), 859 (*Ahrens*), 1350 (*Kreuzer, Gaudemet*).
— kallöses 1107 (*Poppert, König*).
— und Duodenalgeschwüre, perforierende 1034 (*Miles*), 1236 (*Milko, Renton, Evans*).
— — Perforation von 135 (*Rouville, Martin*).

Magengeschwür und Magenkrebs 1038 (*Gibson*).
— perforierendes 413 (*Lapeyre*), 414 (*Mitchell*), 1365 (*Leriche*).
Magenhypersekretion und Tetanie, Pylorospasmus mit 29 (*Jonnesco*).
Magenkrebs 137 (*Delore, Leriche*), 148 (*Brauner, La Mouche*), 329 (*Brüning*), 330 (*Ito, Asahara*), 493 (*Moynihan*), 1026 (*Robson*), 1038 (*Gibson*), 1107 (*Baradulin*), 1352 (*Moullin*).
— und Trauma 562 (*Menne*).
Magenkrebsmetastasen 861 (*Cavaillon, Pinatelle*).
Magenleiden, nicht bösartige 136 (*Moynihan*).
— nicht krebsige 1350 (*Gelpke*).
Magen, Leiomyom des 204 (*Delore, Leriche*).
Magen-Lungenfistel 414 (*Loeb*).
Magenoperation 1367 (*Brunner*).
Magenoperationen 22 (*Körte*).
— Darmstörungen nach 494 (*Anschütz*).
Magen- u. Darmperforation 859 (*Blecher*).
Magenresektion 415 (*Childe*).
Magensaftfluß 92 (*Dennig*).
Magensarkom 329 (*Fuchs*).
Magen- und Speiseröhrenverätzung 265 (*Neumann*).
Magenverletzungen 403 (*Menne*).
Magenwunde 517 (*Haim*).
Makrochilie 1152 (*Donati*).
Malakoplakie der Blase 790 (*Minelli*).
— der Harnblase 1121 (*Kimla*).
Mal perforant du pied 304 (*Cernezzi*), 1015 (*Baroni*).
Malum coxae senile 895 (*Hoffa*), 1290 (*Lorenz*).
— perforans pedis 712 (*Lévai*).
Mandelgeschwulst 980 (*Ledinger*).
Mandeltuberkulose 1386 (*Massier*).
Mangel der Kappmuskeln 1011 (*Schulz*).
Mantelgeschosse, verschluckte 1364 (*Lewonewski*).
Manus vara 605 (*Haudeck*).
Marktransplantation 696 (*Porcile*).
Massage bei Phlebitis 639 (*Marchais*).
Mastdarmabreißung, subkutane 331 (Kirstein).
Mastdarmerkrankungen 331 (*Svehla*).
Mastdarmexstirpation 767 (*Muscatello*).
Mastdarm-Harnröhrenfistel 827 (*Wildbolz*).
Mastdarmkrankheiten 947 (*Beach*).
Mastdarmkrebs *107* (*Kraske*), 519 (*Carson*), 576 (*Richter*), 676 (*Mayo*), 784 (*Petermann*), 785 (*Rotter*), 1040 (*Petermann*), 1109 (*Trinkler*), 1110 (*Poppert*), 1358 (*Brüning*).
Mastdarmkrebse, Operation hochsitzender *107* (*Kraske*).
Mastdarmleiden 752 (*Murray*).
Mastdarmresektion 677 (*Kraske*).
Mastdarmstenose durch verkalktes Uterusmyom 575 (*Payr*).
Mastdarmstrikturen 258 (*Lenk*).
Mastdarmvorfall 408 (*Lenormant*).
Mastitis 1159 (*Mislowitzer*).
Mastoidites 1384 (*Paget*), 1385 (*Laurens, Boulay*).
Mastoidoperation 1147 (*Bromser*), 1328 (*Grossmann, Syme*).
Mastoidoperationen, Meningealhämorrhagie nach 977 (*Bouain*).
Matratzennaht, Modifikationen der 1062* (*Hofmann*).
Meckel'sches Divertikel 317 (*Dreifuss*), 318 (*Krumm*), 765 (*Zondeck*), 1370 (*Jaboulay*).
Medianspalte des Gesichts 1207 (*Monnier*).
Medianusverletzung 908 (*Hirsch*).
Mediastinalerkrankung 936 (*v. Arx*).
Mediastinalgeschwulst 1157 (*Jaquet*).
Mediastinalgeschwülste, Röntgenstrahlen gegen 269 (*Kienböck*).
Melanodermie bei Pedikulosis 1008 (*Brault, Le Play, Déhu*).
Melanosarkoms, Rezidiv eines 599 (*Olbert*).
Melioform 74 (*Jacobson*).
Membranbildung im Kehlkopf 1010 (*Nakayama*).
Meningealhämorrhagie nach Mastoidoperationen 977 (*Bouain*).
Meningitis 390 (*Amberger*).
— eitrige 1333 (*Hinsberg, Held*).
— nach Labyrinthitis 977 (*Lafite-Dupont*).
— otogene 1077 (*Heine*).
Meniscusabreißung 1067 (*Schultze*).
Mesokoloncyste 864 (*D'Urso*).
Metastasen von Magenkrebs 861 (*Cavaillon, Pinatelle*).
Metatarsalgie 712 (*Péraire*).
Metatarsalknochen, Verletzungen der 704 (*Herhold*).
Meteorismus und Kreislauf 479 (*Stadier, Hirsch*).
Mikroorganismen, pathogene 818 (*Kolle, Wassermann*).
Mikroorganismus, protozoenähnlicher, in Geschwülsten 275 (*Schmidt*).
Mikulicz'sche Krankheit *59* (*Zondek*).
Militärsanitätsbericht 652.
Milzabszeß 677 (*Legrand*), 1296 (*Kirchmayr*).
Milzbrand 128 (*Bell*), 443 (*Sieiro*), 641 (*Matras*), 926 (*Schürmann*).
— des Kehlkopfs 743 (*Glas*).
Milzcyste 510 (*Powers*).
Milzechinokokkus 148 (*Kablukoff*).
Milzexstirpation 30 (*Simon, Spillman*), *112* (*Jaffé*).
Milzmangel 1372 (*Glinski*).
Milzresektion 1110 (*Wertel*).
Milzverletzung 271 (*Graf*), 687 (*Georgi, Rabinowitsch*), 752 (*Nötzel*).

Milzzerreißung 194 (*Auvray*), 519 (*Friedheim*).
— traumatische 1372 (*Hörz*).
Mischgeschwülste der Niere 298 (*Steiner*).
Mißbildung 813 (*v. Haberer*).
— des Gesichtsskeletts *56* (*Plücker*).
— des Ohres 1334 (*Bezold*).
— des Penis 1257 (*Novotný*).
— am Urogenitalapparat 1132 (*Weinstein*).
Mißbildungen 589 (*Riechelmann, Chance*), 692 (*Schwalbe*).
— angeborene 1304 (*Bade*).
— — und erworbene 809 (*Henyeres*).
— der menschlichen Gliedmaßen 47 (*Klaussner*).
— tabische und syringomyelitische 589 (*Putti*).
Mitralinsuffizierung, traumatische 240 (*Marcus*).
Mittelfußfrakturen 1176 (*Kirchner*).
Mittelhandfrakturen 1168 (*Schlatter*).
Mittelohrentzündung 777 (*Malherbe*), 966 (*Gomperz*), 874 (*Müller, Rau*).
— Bier'sche Stauung bei 443 (*Heine*).
Mittelohrerkrankungen, Geschmacksstörungen bei 1334 (*Maier*).
Mitteilungen aus der Praxis 1184 (*Dreuw*).
Mobilisierung, blutige, des Ellbogengelenkes 802 (*Cramer*).
Molluscum contagiosum 120 (*Klauber*).
— pendulum 325 (*Bonnette*).
Morbus Basedow 888 (*Stegmann*).
Mukokele des Sinus maxillaris 979 (*Bichaton*).
Multiplizität bösartiger Geschwülste 324 (*Schmincke*).
Mundhöhlenchirurgie 225 (*Kaposi, Port*).
Mundmißbildung, angeborene 1152 (*Macomber*).
Mund- und Nasenschleimhauttuberkulose 1329 (*Holländer*).
Mundspeicheldrüse, Entzündung der 476 (*Kroiss*).
Mündungsanomalien der Harnleiter 660 (*Thumin*).
Murphyknopf 564 (*Gelpke*), 959 (*Lauenstein*).
Muskelangiom, Deformitäten durch 974 (*Putti*).
Muskelatrophie, ischämische 796 (*Ferguson*).
Muskelhernien am Unterschenkel 1174 (*Pichnon*).
Muskelhypertrophie neben Schonungsatrophie 592 (*Thesing*).
— als Unfallfolge 964 (*Thesing*).
Muskelquetschung 871 (*Rarratoni*).
Muskeltransplantation 170 (*Hildebrandt*).
Muskelverknöcherung nach Trauma 820 (*Berndt*).
— traumatische 591 (*Calamida*).
Mycelbildungen des Diphtheriestäbchens 914 (*Spirig*).
Mycosis fungoides 570 (*Brandweiner*).
Myelom 1190 (*v. Verebély*).
Myelomatose, Leukämie und Hodgkinsche Krankheit 613 (*Hoffmann*).
Myofibrom des Darmes 1370 (*Estes*).
Myositis gonorrhoica apostematosa 973 (*Schlesinger*).
— ossificans traumatica 173 (*Strauss*).
— — und Callus 1113 (*Frangenheim*).
Myxödem 630 (*Fraser*).
Myxofibrosarcoma der Bursa achillea post 1183 (*Martina*).

Nabelbruch 684 (*Telford*), 1059 (*Lacasse*).
Nabelbruchband für Kinder 148 (*Chlumský*).
Nabel- und Bauchwandbrüche *86* (*Graser*).
— und Bauchwandhernien, Radikaloperation großer *152* (*Wullstein*).
Nabelschnurbruch 204 (*Moran*).
Nachbehandlung von Operationen 857 (*Beede*).
Nagels, Abstoßen des 553 (*Porosz*).
Naht der A. brachialis 1315 (*Eichel*).
— der Blutgefäße 71 (*Jakobsthal*), 72 (*De Gaetano*).
Narbengeschwulst, mit Kohlenstückchen durchsetzte 569 (*Herberg*).
Narkose mit Chloräthyl 717 (*Hoton*).
— mit Chloroform 738 (*Reynier*).
— gemischte 872 (*Dauve*).
— Lehrbuch der 1272 (*Hammer*).
— durch Skopolamin-Morphin-Chloroform 232 (*Roith*).
Narkosen 1116 (*Witzel, Wenzel, Hackenbruch*).
Narkotisierung und Anästhesierung 1204 (*Gregor, Steinthal*), 1205 (*Milko, Schnurpfeil, Borszéky*), 1206 (*Pantović, Molek*).
Nasen- und Augenkrankheiten 1079 (*Schmiegelow*).
Nasenganges, angeborener Verschluß des 626 (*Porter*).
Nasengeschwülste 979 (*Brindel, Duverger*).
— Behandlung bösartiger 720 (*Denker*).
Nase, Lymphgefäße der 222 (*André*).
Nasenmuschelcyste 978 (*Baurowicz*).
Nasennebenhöhlen 1079 (*Onodi*).
Nasennebenhöhleneiterung 968 (*Delsaux*).
Nase, Krankheiten der, und ihrer Nebenhöhlen 1080 (*Onodi*), *Rosenberg, Brindel*), 1081 (*Mouret, Toubert, Heermann*), 1082 (*Börger*).
Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankung 223 (*Honneth, Gaudier*), 224 (*Fletscher-Ingals, Tilley*), 234 (*Trautmann, Onodi*), 235 (*Magnus, Mieck*).

Nasenosteom 1385 (*Lemere*).
Nasenplastik durch Paraffin *53* (*Eckstein*).
Nasenrachengeschwülste 118 (*Custodis*).
Nasen-Rachentumoren und perorale Tubage 241* (*Kuhn*).
Nasenscheidenwand-Resektion 967 (*Mouret, Freer*).
Nasenscheidenwandverbiegung 375 (*Freer*).
Naturforscherversammlung 1227, 1250, 1280.
Nähseide 965 (*Budde*).
Nävus 1204 (*Cheatie*).
Nebennierengeschwulst 1048 (*Bogoljuboff*), 1048 (*Lapointe*).
Nekrose der Nierenrinde 295, 297 (*Lloyd*).
Nephrektomie 1288 (*Lichtenstern*).
Nephritis 893 (*Zironi*).
— Chirurgie 62 (*Gaudiani*).
— nach Chloroformnarkosen 1295 (*Teufel*).
— einseitige chronische 1135 (*Cuturi*).
Nephrolithiasis 791 (*Wiesel*).
Nephropexie 435 (*Sturmdorf*), 470 (*Fiori*), 775 (*Brasham*).
Nephrostomie, beiderseitige 1046 (*Watson*).
Nephrotomie 285 (*Gregoire*).
Nephrotyphus 791 (*Nicolich*).
Nervenheilung 654 (*Sherren*).
Nervenlähmung nach Oberarmbrüchen 877 (*R. Mühsam*).
Nervennaht 810 (*Chaput, Potherat*).
Nervenplastik bei Plexuslähmungen 802 (*Spitzy*).
Nervenschüsse *41* (*Henle*).
Netz, das 1095 (*Schiefferdecker*).
Netzdrehung 413 (*Pretzsch*).
Netzfunktionen 399 (*Morison*).
Netzlappen, ungestielte 1297* (*Springer*).
Netzsarkom 1295 (*Cobb*).
Netztorsion 30 (*Simon*).
— Peritonitis nach 858 (*Hanley*).
Netztumor, gedrehter 184*, 196 (*Riedel*).
Neubildung um einen Unterbindungsfaden 1006 (*Alessandri*).
Neubildungen im Umkreise des Rückenmarkes 1153 (*Oppenheim*).
Neuralgiebehandlung 142* (*Oehler*).
Neuralgie im 3. Trigeminusaste 625 (*Lexer*).
— des Trigeminus 1379 (*Moschkowitz*).
Neuralgien, Behandlung der *51* (*Bardenheuer*).
Neurofibromatose, angeborene 354 (*Milner*).
Niere, Eosinophilie der 356 (*Sultan*).
— Funktion der, nach durchgemachtem Sektionsschnitt 168 (*Ekehorn*).
— polycystische tuberkulöse 61 (*Carlier, Curtis*).
— Schaffung neuer Blutbahnen für die 283 (*Martini*).
Nierenarterien, Unterbindung der 1126 (*Jungmann*).
Nierenaushülsung 45 (*Stern*), 780 (*Vidal*).
Nierenbefestigung 907 (*Carstens*).
Nierenbehandlung, Heftpflastermethode 162 (*Schmitz*).
Nieren- und Beckenechinokokken 543 (*Baradulin*).
Nierenbeckens, Messung des Umfanges des 645 (*Luys*).
Nieren- und Nierenbeckenblutungen 1134 (*Casper*).
Nierenblutung, essentielle 542 (*Illyès*).
Nierenchirurgie 297, 470 (*van der Veer*), 471 (*Zironi, Phocas, Ekehorn*), 645 (*Parlavecchio*), 661 (*Martens, Patel, Pereschiwkin, Grègoire*), 662 (*Ball*), 838 (*Clairmont*), 1121 (*Küttner*).
Nierendiagnostik, funktionelle 644 (*Rothschild*).
Nierendystopie, angeborene 1122 (*Sträter*).
Nierenechinokokkus 1391 (*Dawydow*).
Nierenenthülsung 169 (*Harris*), 837 (*Chambrelent, Pousson*).
Nierenentkapselung 451 (*Zaaijer*), 452 (*Gentil*).
Nierenerkrankung 1295 (*Teufel*).
Nierenfettlipome 1127 (*Reynold, Wadswoorth*).
Nierenfistel 1047 (*Cohn*).
Nierenfunktion, Diagnostik der 830 (*Berg, Kapsammer*).
Nierengeschwulst 543 (*Trappe, Cuno*).
— Thrombose der V. cava asc. bei 359 (*Fioravanti, Pellegrini*).
Nierengeschwülste 1136 (*Monod, Loumeau, Jaegy, Gallina*), 1260 (*Richelot*), 1261 (*Henschen*).
— und Harnleiterchirurgie 1259 (*Lüning*).
— und Harnleitersteindiagnose 514 (*Albers-Schönberg*).
— und Harnleitersteine 1246 (*Kelly*).
Niereninfarkte, septische 906 (*Brewer*).
Nierenkrankheiten 342 (*Vogel, Casper*).
Nierenleiden, Blutkryoskopie bei 282 (*Kock*).
Nierenmischgeschwülste 295 (*Steiner*).
Nierenoperationen bei Eklampsie 791 (*Pousson, Chambrelent*).
Nierenquetschung 168 (*Cumston*).
Nierenrinde, Nekrose der 295 (*Lloyd*).
Nierensarkom 169 (*Bindo de Vecchi*).
Nierenspaltung 647 (*Wildbolz*).
Nierenstein 1390 (*Elliot*).
Nierensteine gegenüber Röntgenstrahlen 43 (*Smart*).
Nierentuberkulose 62 (*Schueller*), 343 (*Colombino*), 344 (*Curtis, Carlier*), 447 (*Fenwick*), 1247 (*Hottinger*).
Nieren- und Blasentuberkulose 43 (*Wildbolz*).
Nierenveränderungen 1383 (*Jungano*).

Nierenverletzungen 434 (*Suter*).
— traumatische 267 (*Neumann*).
Nierenzerreißung 1260 (*Brun*), 1389 (*Suarez*), 1390 (*Franklin*).
Noma 117 (*Springer*).
Novokain 232 (*Schmidt, Danielsen*), 276 (*Heineke, Läwen*).

Oberarmbruch 605 (*Haubold*).
— und Oberschenkelbruch, suprakondylärer 289 (*Schrecker*).
Oberarmbrüche, Nervenlähmungen nach 877 (*R. Mühsam*).
Oberarmhalsbruch 1315 (*Hartmann*).
Oberkiefererkrankung nach Untersuchungen mit Röntgenstrahlen 514 (*Grunmach*).
Oberkieferresektion, doppelseitige 390 (*Seidel*).
— totale 1336 (*Bohosiewicz, Herrman*).
Oberschenkelamputation 173 (*Gessner*).
Oberschenkelbrüche 703 (*Graessner*).
Oberschenkels, Lymphcyste des 1318 (*Poper*).
Ödem an Hand und Fuß 1316 (*Timofejew*).
— traumatisches hartes 392 (*Steinforth*).
Ödeme, umschriebene akute 996 (*Morichau-Beauchant*).
Ohrerkrankungen, eitrige, Stauungshyperämie 1327 (*Keppler*).
— Sauerstofftherapie nach 1197 (*Výmola, Kutvirt*).
Ohrenheilkunde 1076 (*Brühl, Politzer*).
Ohrenleiden, Lumbalpunktion bei 389 (*Helsmoortel*).
Ohroperationen, plastische 375 (*Payr*).
Olecranonbruch 605 (*Murphy*).
Omphalektomie 1363 (*Kraus*).
Operation hochsitzender Mastdarmkrebse *107* (*Kraske*).
— retromaxillärer Tumoren 1068 (*Borchardt*).
Operationen, aseptische im Garnisonlazarett Straßburg 550 (*Rochs, Coste, Abel*).
— in der Bauchhöhle 109 (*Tiegel*).
— am Gehirn 1144 (*Horsley*).
— im Hause des Patienten 231 (*Ladenburger*).
— bei Hirn- und Rückenmarksgeschwülsten 1252 (*Krause*), 1254 (*Oppenheim*), 1256 (*Saenger*).
— am Hoden und Samenstrang 1248 (*Pasquimangali*).
— intravesikale 541 (*Klose*).
— an Leber- und Gallenwegen 1374 (*Mayo*), 1375 (*McWilliams*).
— in der pneumatischen Kammer 293 (*Sauerbruch*).
— an Säuglingen 1101 (*Ladenburger*).
— in der hinteren Schädelgrube *47* (*Krause*).
Operationen, urologische 1258 (*Hoch*).
— gegen Verstopfung 538 (*Lane*).
Operationsatlas 308 (*Bockenheimer, Frohse*).
Operationsdauer und postoperativer Verlauf 451 (*Kessler*).
Operationshöhlen im Felsenbein, Paraffinausfüllung von 1335 (*Hölscher*).
Operationslehre 248 (*Gamescasse, Lehmann*).
Operationsmethode der Leistenhernie *138* (*Wullstein*).
Operationstisch 321* (*F. de Quervain*), 386 (*Ringleb*).
Orthocystoskopie 1118 (*Weinberg*).
Orthopädenkongreß, fünfter deutscher 798.
Orthopädie 387 (*Mayer*).
— der Wirbelsäulenerkrankungen 249 (*Vulpius*).
Orthoröntgenographie 442 (*Albers-Schönberg*).
Ösophagoskopie 777 (*Guisez*).
— und Bronchoskopie 1155 (*Paterson*).
Ösophagoskopisches *84* (*Kölliker, Glücksmann*).
Oesophagotomia externa 1155 (*Naumann*), 1156 (*Burmeister*).
Ösophagotomie 326, 1011 (*Zemann*).
Ösophagusdivertikel 1065 (*v. Bergmann*).
Os vesalianum tarsi 1176 (*Kirchner*).
Osteoarthritis deformans coxae juvenilis 1359 (*Immelmann*).
Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique 1130 (*Krüger*).
Osteochondrome, traumatische 1015 (*Toussaint*).
Osteodysplasie, angeborene 1160 (*Klar*).
Osteogenesis imperfecta congenita und tarda 88 (*Looser*).
Osteoidsarkom der Brustdrüse 490 (*Hüter, Karrenstein*).
Osteoklast 712 (*Tores*).
Osteomalakie 88 (*Schirmer*).
— im Kindesalter 637 (*Axhausen*).
— und Kropf 920 (*Sarvonat, Tolot*).
Osteom der Nase 1385 (*Lemere*).
Osteome der Kieferhöhle 1151 (*Mieck*).
— traumatische *27* (*König*).
Osteomyelitis 176 (*Most*)
— chronische 459 (*Gutierrez*).
— im Röntgenbilde 37 (*Ritter*).
— der Wirbelsäule 887 (*Overdyn*).
Osteoperiostale Lipome 963 (*Schwarz, Chevrier*).
Osteoplastik bei Pseudarthrosen 1066 (*Coenen*).
Osteoplastische Deckung von Schädeldefekten *47* (*Borchard*).
— Kraniotomie 304 (*Dsirne*).
— Resektion des Fußgelenkes *126* (*Brodnitz*).
Osteopsathyrosis 603 (*Fowler*).

Ostitis fibrosa 795 (*Gaugele*), 1312 (*von Brunn*).
— purulenta der Wirbelsäule 968 (*Donati*).
Otitis, Airol als Diagnostikum, bei 374 (*Kutvirt*).
— media 884 (*Kümmel*).
Otologisches 114 (*Lannois, af Forselles, Taptas, Klug*), 115 (*F. Klug, Botey*), 616 (*Love*), 617 (*Coste*), 1086 (*Valentin, Hoffmann, Henrici, Heine*), 1087 (*Freytag*).
Ovarialcysten 780 (*Sorel*).
Ovarialdermoid 781 (*Barnsby*).
Ovarialkystom in dem Mesocolon pelvinum 781 (*Becard, Patel*).
Ovariotomie in der Schwangerschaft 459 (*Graefe*).
Oxyuris vermicularis, Eier von, im Wurmfortsatz 954 (*Schöppler*).
Ozaena 1020 (*Broeckaert*).
— Paraffininjektionen 389 (*Botey*).

Paget's nipple 325 (*Schambacher*).
Pancreatis acuta 24 (*Brentano*).
Pankreaschirurgie 855 (*Villar*), 1111 (*Terrier*), 1343 (*Delagénière, Donth, Niederle*), 1344 (*Bunting, Weil*).
Pankreascysten 333 (*Honigmann*), 334 (*Leriche*), 1042 (*Kopfstein*).
Pankreaserkrankungen 143 (*Heymann*), 150 (*Wrede, Wiesel*), 151 (*Thayer, Edling*), 730 (*Villar*).
— akute 429 (*Guleke*).
Pankreasentzündung 688 (*Brugsch, König*).
Pankreas, Hämorrhagie des 333 (*Tomaschny*).
— der Katze 863 (*Heuer*).
Pankreasnekrose 496 (*Rautenberg*), 520 (*Barling*).
Pankreasruptur *114* (*Blecher*).
Pankreaszerreißung 1043 (*Dos Santos*).
Pankreatitis *114* (*Doberauer*).
— chronische 1029 (*Dos Santos*).
— und Gallensteine 195 (*Quénu, Duval*).
Paraffinausfüllung von Operationshöhlen im Felsenbein 1335 (*Hölscher*).
Paraffin in der Chirurgie 101 (*Luckett, Horn*).
Paraffininjektion 192 (*Kirschner*).
Paraffininjektionen *53* (*Eckstein*), 501 (*Bolognesi*).
— bei Ozaena 389 (*Botey*).
— bei Sattelnase, Augenschädigung bei 268 (*Uhthoff*).
Paraffinspritze 386 (*Onodi*).
Paranephritis, eitrige 660 (*Bindi, Nicolich*).
— sklerosierende 894 (*Berg*).
Papillom der Gallenblase 149 (*Hansson*).
Parisol 75 (*Müller*).
Parotitis 235 (*Helber*), 743 (*Kötzle*).
Pathologie der Koxitis 804 (*Werndorff*).
— und Therapie innerer Krankheiten 214 (*Eichhorst*).
— — des partiellen Tibiadefektes 809 (*Bade*).
Penisabreißung 787 (*Biondi*).
Penisfistel 358 (*Aievoli*).
Peniskrebs 87 (*Creite*).
Penisluxation 788 (*Guth*).
Pes equino-cavus 303 (*Anzoletti*).
Perforationsperitonitis 671 (*Knott*), 954 (*Warnecke*), 1095 (*Poissonnier*), 1103 (*Wnukow*), 1104 (*Miles*).
Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren 135 (*Rouville, Martin*).
Periamygdalitis phlegmonosa 1337 (*Amblard*).
Perichondritis gonorrhoica 89 (*Barker*).
Perikarditis 311 (*Sjövall*).
— im Röntgenogramm 391 (*Lehmann, Schmoll*).
Perinephritis 298 (*Fourré*).
Peripleuritis 786 (*Pereschiwkin*).
Peritheliom der Backe 116 (*Vignard, Mouriquand*).
Peritonealnerven 843 (*Ramstroem*).
Peritonealplastik mit isolierten Netzstücken 1212* (*Girgolaff*).
Peritonitis 683 (*Conte*), 1235 (*Oppenheimer*).
— akute 556 (*Lennander*).
— nach Appendicitis 537 (*Quinby*).
— Bauchfellresorption und 1214 (*Glimm*).
— eitrige 954 (*Bosse*).
— Gastrostomie bei 1023 (*Gauthier, Pinatelle*).
— durch Netztorsion 858 (*Hanley*).
— Operationen bei 492 (*Nötzel*).
— tuberkulöse 327 (*Cummins*).
Periurethralabszeß 1044 (*Bate*).
Perityphlitis 784 (*Rotter*).
Pes equino-cavus 303 (*Anzoletti*).
Pfählungsverletzung 59 (*Deetz*).
Pharyngotomia suprahyoidea 797* (*Spisharny*), 972* (*Grünwald*), 1185* (*v. Hacker*).
Phenolkampfer 656 (*Ehrlich*).
Phimose 452 (*Duclaux*).
Phlebitis, Ma sage bei 639 (*Marchas*).
— migrans 199 (*Schwarz*).
— und Thrombosis 547 (*Haward*).
Phlegmonen bei Kindern 373 (*Georgiadès*).
Phokomelie 460 (*Krueger*).
Physiologie der Empfindung 424 (*Head*).
Pilzerkrankung des Fußus 736 (*Bovo*).
Plattfuß 303 (*Sch...ann*), 1016 (*Hohmann*).
Plastische Verlängerung des Unterkiefers 886 (*v. Auffenberg*).
Pleuraempyem, chronisches 771 (*Ransohoff*).
Pleurapunktion 516 (*Krönig*).

Pleuraverwachsungen 777 (*Willems*).
Pleuritis im Röntgenogramm 391 (*Lehmann, Schmoll*).
Porencephalie 625 (*Ranzi*).
Pott'schen Buckels, Redressement des 802 (*Fink*).
Pneumokokkenarthritis 834 (*Secretan, Wrangham*).
Pneumokokkengelenkentzündung 991 (*Pasteur, Courtould*).
Pneumokokkenperitonitis 410 (*Daxenberger*), 859 (*Robbers*).
Pneumothorax 631 (*Seidel*), 1341 (*Spengler*).
Präparate, pathologisch-anatomische *148* (*Wullstein*).
Präparation von Kopf und Hals 719 (*Strasser*).
Priapismus, idiopathischer 357 (*Sick*).
Primärgeschwülste, multiple 737 (*Frangenheim*).
Principiis obsta 525.
Probleme und Ziele der plastischen Chirurgie 1228 (*Gluck*).
Prophylaxe der Staphylokokkeninfektion 454 (*Polano*).
Prostataabszeß 279 (*Alexander*).
Prostataausschälung 341 (*Edwards*).
Prostataaushülsung 1044 (*Thomson*).
Prostatachirurgie 642 (*Barker*), 1119 (*Nicoll, Goldberg*), 1132 (*Merten, Cohn*), 1133 (*André*).
Prostatageschwülste 828 (*Hallopeau*).
Prostatahypertrophie 58 (*Freyer*), 279 (*Motz, Pereaman*), 358 (*Preindlsberger, Fiori, Hamman, Losio*), 432 (*Snow, Barker*), 433 (*Proust*), 1258 (*Stierlein, König II*), 1381 (*Bangs, Shoemaker*).
Prostatakrebs 40 (*Young*).
Prostatektomie 168 (*Roux*), 446 (*Thomsen*), 540 (*Ravasini*), 789 (*Loumeau*), 904 (*Teuney, Chase*), 1331 (*Calabrese*).
— suprapubische 58 (*Walker*).
Prostatiker, Blutungen der 828 (*Goldberg*).
Prostatitis gonorrhoica 890 (*Bierhoff*).
Prostatolysis 280 (*Andrews*).
Protektivesilk als Deckmittel für den Darm 1004* (*Bayer*).
Pseudarthrosen 602 (*Jottkowitz*).
Pseudarthrosenbehandlung 378 (*Gelincky*).
Pseudoleukämie, Röntgenbehandlung der 199 (*Krause*).
Pseudotuberkulose im Dickdarm 1109 (*Leube*).
Psoasabszeß und Appendicitis 91 (*Vierhuff*).
Psoashämatome 1000 (*Harry*).
Puerperalperitonitis 671 (*Kownatzki*).
Puerperalfieber, Venenunterbindung bei 663 (*Lenhartz*).
Pyämie, Behandlung puerperaler 792 (*Haeckel*).
Pyelitis 791 (*Furniss*), 1046 (*André*).
Pyelographie 282 (*Voelcker, Lichtenberg*).
Pylephlebitis, eitrige 194 (*Brown*).
Pylorektomie, Magen- und Duodenalfisteln nach 316 (*Leriche*).
Pylorospasmus 686 (*Jonnesco, Grossmann*).
— mit Magenhypersekretion und Tetanie 29 (*Jonnesco*).
Pylorusenge, angeborene 685 (*Nicoll*).
Pylorushypertrophie, angeborene 92 (*Neild*).
Pylorusstenose 860 (*Schwarz*).
— angeborene 1098 (*Froelich*).
— Autointoxikation bei 764 (*Michaelis*).
— hypertrophische 1061 (*Fisk*).
— Thiosinamin gegen 493 (*Caudwell*).
— tuberkulöse 13 (*Ricard, Chevrier*).
Pylorusverengerungen 1365 (*Renton*), 1366 (*Gordon, Mackenzie, v. Haberer*).

Quadricepssehnenriß 910 (*Axhausen*).
Quetschwunden des Beines 594 (*Toubert*).
Querbruch der Kniescheibe 174 (*Bockenheimer, Goellner*).

Rachenmandel- und Gaumenmandelhypertrophie 723 (*Rayner*).
Rachitis 383 (*Brandenberg*).
Radikalkur des Nabelbruches 778 (*Gourdet*).
Radikaloperation von Brüchen 510 (*Nicoll*).
— großer Nabel- und Bauchwandhernien *152* (*Wullstein*).
— der Leistenbrüche 529 (*Baratinsky*).
— der Stirnhöhle 115 (*Iwanow*).
Radio-Ulnargelenke, angeborene Synostose der 300 (*Stretton*).
Radium 200 (*Metzentoum, Defosses*).
Radiumbehandlung 1142 (*Blaschko*).
Radiumstrahlen 842 (*Béclère*).
Radiumwirkung 836, 1054 (*Abbe*).
— auf Hodengewebe 127 (*Thaler*).
Radiusbruch *119* (*Lexer*), 1037 (*Poulsen*).
Radiusdefekt 908 (*Lotsch*).
Radiuskopfbrüche 47 (*Thomas*).
Rankenneurom 624 (*Helmholz, Cushing*), 1190 (*Strauss*).
Redressionskorsett, neues 801 (*Schlee*).
Reflexepilepsie 742 (*Robinson*).
Reform des Kriegswesens 369 (*Port*).
Regeneration von Lymphdrüsen 964 (*Meyer*).
Resektion des Brustkorbes, partielle 506 (*Rixford*).
— der Brustwand 786 (*Torek*).
— des Darmes 510 (*Eliot*), 518 (*Antonelli*), 687 (*Spassokukozkaja*).
— der großen Halsgefäße und des Vagus 1088 (*de Riba*).

Resektion der Hüftgelenkpfanne *120* (*Bardenheuer*).
— des ileocoecalen Darmabschnittes 778 (*Savariaud*).
— des Kniegelenks 1001 (*Flint*).
— des Knies 593 (*Küster*).
— d. Magen- u. Bauchwand 204 (*Jäger*).
— des Magens 415 (*Childe*).
— des Mastdarms 677 (*Kraske*).
— der Milz 1110 (*Wertel*).
— der Nasenscheidewand 967 (*Mouret, Freer*).
— der Oberkiefer, doppelseitige 390 (*Seidel*).
— des Oberkiefers 1005* (*Israel*).
— — totale 1336 (*Bohosiewicz, Herrman*).
— des Samenstranges 778 (*Lucas-Championnière*), 1321 (*Sławiński*).
— des Schädels 572 (*Nicoll*).
— des Schultergelenkes 33* (*Catterina*).
— des Skrotum bei Penisexstirpation 621 (*Janssen*).
— des Sympathicus gegen Glaukom 777 (*Abadie*).
— im Vorfuß 304 (*Galzin*).
— des großen Zungenbeinhornes 777 (*Delbet*).
Respirationsparalyse nach Stovain 470 (*Sandberg*).
Respirationsstörungen infolge medullärer Stovainanästhesie 533* (*Greiffenhagen*).
Retropharyngealabszeß 980 (*Daptas*), 1087 (*Opokin*), 1386 (*Aka*).
Retroperitoneale Cysten oder Senkungsabszesse 1179 (*Minssen, Weidemann*).
Retroperitonealfibrolipom 298 (*Johnstone*).
Retroversionen 780 (*Richelot*).
Rettungs- und Krankenversicherungswesen 1117 (*Meyer*).
Rhinochirurgische Mitteilungen 84* (*Grünwald*).
Rhinolith 979 (*Botey*).
Rhinophyma 617 (*Wachireff*), 625 (*Sick*).
Riedel's Leberlappen 863 (*Herringham*).
Riesenwuchs, partieller 816 (*Hofmann*).
Riesenzellen 189 (*Babes*).
Riesenzellensarkome 1069 (*Crile, Hill*).
Ringknoten 51* (*Hofmann*).
Röntgenatlas 1275 (*Hoffa, Rauenbusch*).
Röntgenaufnahmen, stereoskopische 807 (*Lange*).
Röntgenbehandlung 442 (*Albers-Schönberg*), 442 (*Sjögren*).
— allgemeiner Lymphomatose *22* (*Clairmont*).
— bei Hautkrankheiten 1053 (*Bruhns*).
— maligner Tumoren 875 (*Cohn*).
— der Sarkome 821 (*Kienböck*).
Röntgenbild bei Basisgeschwulst 102 *Hildebrand, Hess*).
Röntgenbilder, Atlas 693 (*Hoffa, Rauenbusch*).
— plastische 1360 (*Jaquet*).
— nach Sauerstoffeinblasung in das Kniegelenk 1012 (*Hoffa*).
Röntgengesellschaft, Verhandlungen der deutschen 1142.
Röntgenogramme von Osteomalakie, Skoliose und Wirbelfrakturen 514 (*Graessner*).
Röntgenographische Differenzierung 994 (*Tuppinger*).
Röntgenologische Untersuchung des Magens 851 (*Holzknecht*).
Röntgenologisches 976 (*Jirotka, Albers-Schönberg, Peters, Wodarz, Jungmann*), 1070 (*Gilmer, Stegmann, Stein, Alexander, Fischer, Schou*).
Röntgenoskopie des Magens 674 (*Leven, Barret*), 1060 (*Holzknecht*).
— der Speiseröhre 507 (*Bertolotti*).
Röntgenschädigungen 371 (*Hirschberg*).
Röntgenschattengebende Harnleiterkatheter 1133 (*Göbell*).
Röntgenstrahlen 341 (*Davidson*).
— Dosierung der, in der Praxis 513 (*Levy-Dorn*).
— gegen Arthritis deformans 928 (*Anders, Daland, Pfahler*).
— gegen inoperable Geschwülste 1250 (*Wichmann*).
— gegen Kropf 725 (*Pfeiffer*).
— gegen lymphatische Sarkome 915 (*Cohn*).
— Wirkung der 965 (*Taylor*).
Röntgentechnik 654 (*Dümer*).
— Köhler'sche Verbesserung der 1360 (*Jaquet*).
Röntgentherapie 718 (*Belot*), 739 (*Burdick*), 1006 (*Klingmüller*), 1053 (*Grashey*).
— in den oberen Luftwegen 982 (*Mader*).
Röntgenuntersuchung der Luftröhre 726 (*Pfeiffer*).
Röntgenuntersuchungen des Magens 404 (*Leven, Barret*).
Röntgenverfahren, Bronchiektasien bei 1342 (*Pfeiffer*).
— bei Knochenbrüchen 1312 (*M. v. Brunn*).
— im Kriege 640 (*Colmers*).
— Nachweis von Konkrementen mit 679 (*Immelmann*).
— Oberkiefererkrankung bei 514 (*Grunmach*).
— bei Pyämie 638 (*Gelinsky*).
— Wachstumsstörungen 521* (*Försterling*).
Rothes Kreuz im russisch-japanischen Kriege 370 (*E. v. Oettingen*).
Ruderapparat 120 (*Levin*).
Rückbildung von Neubildungen 1101 (*Schkarin*).

Rückenmarksanästhesie 595* (*Hirsch*), 599 (*Hermes*), 717 (*Finkelnburg*), 739 (*Chaput*), 1056 (*Bier*), 1057 (*Dönitz*), 1071 (*Deetz, Becker, König, Landow*), 1072 (*Roeder*), 1102 (*Lang*), 1274 (*Müller*).
— Augenmuskellähmung nach 877 (*W. Mühsam*).
— im Skopolamindämmerschlaf *19* (*Krönig*).
Rückenmarksanalgesie 393* (*Hackenbruch*).
— Technik der 499* (*Hirsch*).
Rückenmarkserschütterung 1198 (*Corner*).
Rückenmarksgeschwülste 1338 (*Oppenheim, Borchardt*).
Rückenmarksnerven 740 (*Tooth*).
Rückenmarksschuß *60* (*Braun*).

Samenblasenoperationen 356 (*Riese*).
Samenblasentuberkulose 344 (*Simmonds*).
Samenstrangresektion 1321* (*Sławiński*).
Sammelbericht über Röntgenbehandlung 465.
Sanduhrmagen 685 (*Purpura*), 860 (*Ambos*), 861 (*Moynihan*).
Santyl 527 (*Kaufmann*).
Sarkom der Blase 295 (*Darling*).
— und Fieber 821 (*Bull*).
— der Knochen 64 (*Davis, Vasiliu*).
— bei Kindern 87 (*Alfaro, Santas*).
- der Kniegelenkkapsel 911 (*v. Ruediger-Rydygier jun.*).
— des kryptorchischen Hoden 472 (*Wyeth*).
— der Leber 322 (*Bilfinger*).
— des Magens 329 (*Fuchs*).
— der Mandeln 628 (*Downie*).
— der Niere 169 (*Bindo de Vecchi*).
— des Netzes 1295 (*Cobb*).
— des Schädels 112 (*Gussew*).
— des Schienbeins 814 (*Schneider*).
— und Trauma 1189 (*Loewenstein*).
— der Zunge 980 (*Cheatle*).
Sarkomatöses Unterschenkelangiom *125* (*Borchard*).
Sarkome der Knochen 1313 (*Kocher*).
— lymphatische, Röntgenstrahlen gegen 915 (*Cohn*).
Sauerstofftherapie bei Ohrkrankheiten 1197 (*Výmola, Kutvirt*).
Schädelbruch 708 (*Lair*), 977 (*Trivas*), 996 (*Bryan*).
— Anosmie nach 977 (*Trivas*).
Schädelbrüche, Spätresultate bei komplizierten 553 (*Brewitt*).
Schädelcholesteatome 1334 (*Erdheim*).
Schädeldefekten, osteoplastische Deckung von *47* (*Borchard*).
Schädelknochen, Echinokokken der 113 (*Antonin*).
Schädellücken, Deckung von 930 (*Blecher*), 965, 1197 (*Beck*).
Schädellückenschließung 389 (*Pringle*).
Schädeloperationen *46* (*Sauerbruch*).
— Blutleere der Galea bei 1137* (*Kredel*).
Schädelperkussion 1377 (*Koplik*).
Schädelplastik 336 (*Sultan*), 881 (*Hoehne*), 1384 (*Clairmont*).
Schädelresektion 572 (*Nicoll*).
Schädelsarkom 112 (*Gussew*).
Schädelschüsse *42* (*Hildebrandt*), 615 (*Tilmann*).
Schädelverletzungen 697 (*Hildebrandt*), 1017 (*Coopieret*).
Schambeintuberkulose 922 (*Dhéry*).
Scharnier-Gipsschienen 1314 (*Dubulaboux*).
Scheiden-Leibschnitt, vorderer 169 (*Grube*).
Schenkelbruch 674 (*Berndt*), 763 (*Flaherty*).
Schenkelbrüche *86* (*Sprengel*), 956 (*Axhausen*).
— veraltete 705* (*Herz*).
Schenkelhalsbruch 350 (*Ewald*).
Schenkelhalsbrüche 164 (*Kob*), 1170 (*Frangenheim*).
Schiefer Biß 885 (*v. Eiselsberg*).
Schiefhals 1087 (*Doering*).
— angeborener 806 (*Codivilla*).
Schienbeinbrüche 1319 (*Sonntag*).
Schienbeindefekt, doppelseitiger teilweiser 814 (*Kaehler*).
Schienbeinsfissur 704 (*Giese*).
Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen 477 (*Salbach*).
— Pathologie der 918 (*Kocher*).
Schilddrüsenarterien, Unterbindung der 1339 (*Enochin*).
Schilddrüsencyste 118 (*Caubet*).
Schilddrüseneinpflanzung 119 (*Gautier, Kummer*).
Schilddrüsengewebe, Transplantation in die Milz von *74* (*Payr*).
Schilddrüsenkrebs und Sarkom 1010 (*Müller, Speese*).
Schildknorpel-Zungenbeincyste, angeborene 119 (*Broca*).
Schilddrüsenvergrößerung 1380 (*Martin*).
Schlachtfeld, erster Verband auf dem 498* (*Herhold*).
Schlafzustand nach Fall auf den Hinterkopf *45* (*Röttger*).
Schleimhautkeloide 1008 (*de Beurmann, Gougerot*).
Schlingenführer für Kehlkopf, Nase und Ohr 488 (*Krause-Détert*).
Schlottergelenke 346, 694 (*Riedinger*).
Schlüsselbeinbruch 592 (*King*), 1004* (*Bayer*), 1016 (*Lepuyer*), 1200* (*Cordua*).
Schlüsselbeinbrüche 1167 (*Couteaud*), 1168 (*Manning*).
Schlüsselbein-Verrenkung, doppelseitige 709 (*Geissler*).

Schmerzverhütung in der Chirurgie 1116 (*Witzel, Wenzel, Hackenbruch*).
Schnellender Finger 171 (*Marchesi*), 1012 (*Friedel*).
Schrägbrüche d. Schienbeins 896 (*Merlot*).
Schröpfverfahren bei chirurgischer Tuberkulose *16* (*Klapp*).
Schulterblatthochstand 379 (*Zesas*).
Schultergelenksresektion 33* (*Catterina*).
Schulterverrenkung 1168 (*Bach*).
— syringomyelitische 300 (*Zesas*).
Schulterverletzung 144 (*Bail*).
Schußfrakturen *40* (*Colmers*).
Schußverletzung der A. axillaris 907 (*Cornet*).
Schußverletzungen 600 (*v. Bergmann*), 601 (*Halter*), 926 (*Plenz*).
— Diensttauglichkeit nach *35* (*Schaefer*).
— peripherer Nerven 385 (*Young*).
— traumatische Aneurysmen bei 1268 (*Kikuzi*).
Schwielen im M. subscapularis 604 (*Urbach*).
Scoliosis traumatica und Diabetes 1208 (*Chlumský*).
Seemannshautkarzinom 570 (*Dalous, Constantin*).
Sehnenplastik beim paralytischen Spitzfuß 1265* (*Kofmann*).
Sehnentransplantation 382 (*Auffret*), 702 (*Doberauer*), 809 (*Mahlecke*).
Selbstnarkose der Verwundeten 915 (*Schleich*).
Selbstverstümmelung 416 (*Kenyeres*).
Semilunarknorpels des Knies, Verschiebung des 593 (*Zahradnický*).
Semmelweis' Werke 453.
Sensibilität der Organe und Gewebe 244 (*Lennander*).
Sensibilitätsentwicklung in Narben und Einpflanzungen 190 (*Lerda*).
Separator für den Urin beider Nieren 260* (*Heusner*).
Sepsis, chronische, durch Streptokokkenserum geheilt 598 (*Küster*).
Septum cutaneum 626 (*Lexer*).
Sequestrotomie am Schienbein 175 (*MacLennan*).
Serumbehandlung 718 (*Gray*).
Serratuslähmung 1288 (*Samter*).
Sigmoidoskopie 194 (*Mummery*).
Silberdraht bei Kniescheibenbruch *123* (*v. Brunn*).
Silberdrahtnaht *21* (*Küster*).
Silberkautschuckseide 937* (*O. Witzel*).
— Herstellung der 939* (*Wederhake*).
Silberpräparaten, antibakterielle Wirkung von 1141 (*Marshall, Macleod Neave*).
Sinus frontalis, Empyem des 1380 (*Massier*).
— maxillaris, Geschwulst des 116 (*Cauzard*).
Sinus occipit., Thrombose des 978 (*Uchermann*).
Sinusthrombose, otitische 1333 (*Voss*).
Skalpierung 112 (*Enz*).
Skalpierungen 741 (*Freiburger*).
Skelettdurchleuchtung bei Pyämie 638 (*Gelinsky*).
Skelettverletzungen 267 (*Gross, Sencert*).
Sklerodermie 996 (*Touchard*).
Skoliose 227 (*Klapp*), 723 (*Gottstein*), 724 *Nové-Josserand*), 1198 (*Perrone*).
— Behandlung 310 (*Nieny*), 799 (*Schulthess*).
— — mit dem Kriechverfahren 799 (*Klapp*).
— rachitische 798 (*Schulthess*).
Skoliosenmessung 391 (*Kopits*).
Skoliosenumbiegung 618 (*Schanz*).
Skoliotische Versteifungen 108 (*Klapp*).
Skopolamin-Morphiumanästhesie 99 (*Norris*).
— Morphin - Chloroformnarkose 232 (*Roith*).
Somnoform 309 (*Lašek*).
Sonde, für Röntgenstrahlen, undurchlässige 292 (*Freund*).
Speichelstein 1385 (*Alexandre*).
Speichel- und Tränendrüsenlymphomatose 1151 (*Minelli*).
Speiseröhre, Cardiaverschluß der 1083 (*Sauerbruch, Haecker*).
Speiseröhrendivertikel 955 (*Zesas*), 1155 (*Ribbert*).
Speiseröhre, Entfernung v. Fremdkörpern 1331* (*Franke*).
— Eröffnung der 924* (*Hans*).
— Fremdkörper in der 409 (*Bluyson*), 681 (*Downie*).
Speiseröhrenerkrankungen 292 (*Cahn, Lotheissen*), 293 (*Wendel*).
Speiseröhrenknickung 760 (*Zahn*).
Speiseröhrenkrebs 120 (*Bosse*).
Speiseröhrennähten, Deckung von, mit Schilddrüse 1199 (*v. Navratil*).
Speiseröhrenresektion 238 (*Terry*).
Speiseröhrenstenose 1083 (*Gerhardt*).
Speiseröhrenstriktur 269 (*Sencert*), 681 (*Pollack*).
Speiseröhrentuberkulose 681 (*Kümmell*).
Speiseröhrenverengerung 507 (*Froscella, Petrucci*), 517 (*Heinrich*).
Speiseröhrenzerreißung 409 (*Lomax*).
Spermatokele 1048 (*Sellei*).
Spina bifida 1337 (*Dervaux*).
Spinalanalgesie 470 (*Sandberg*), 1196 (*Pochhammer*).
Spirochaete pallida 637 (*Petresco, Levaditi*).
Spitzfuß, paralytischer 1265* (*Kofmann*).
Splenektomie 428 (*Carstens*), 445 (*Harrison, Eve*).
— bei Anaemia splenica infantum gravis 1066 (*Wolff*).



Spondylitis deformans 107 (*Guffey*).
— tuberculosa, Laminektomie bei 1338 (*Renton*).
Spondylosis rhizomelica 1315 (*Pagliano, Marie, Léri*).
Spontanfrakturen 441 (*Eckel*).
— bei Tabes 709 (*Birkenholz*).
Sprungbeinbruch 815 (*Gräff*).
Sprungbeins, Exstirpation des 816 (*Stich*).
Sprungbeinverrenkung und Bruch 711 (*Couteaud*).
Stangenlager 712 (*Hahn*).
Staphylokokkenerysipel 878 (*Ischmann*).
Stauungsbehandlung 231 (*Danielsen*), 1387 (*Bier*).
— bei akuten eitrigen Entzündungen 274* (*Kaefer*).
— bei gonorrhoischer Gelenkentzündung 268 (*Hirsch*).
Stauungsblutung 198 (*Robertson*).
Stauungshyperämie 83* (*Mindes*), 218 (*Keppler*), 324 (*Habs*), 377* (*Deutschländer*), 696 (*Lexer*), 697 (*Lämmerhirt*), 756* (*Tomaschewski*), 758 (*Rubritius*), 759 (*Ranzi, Trommer*), 770 (*Stahr*), 775* (*Gaugele*), 974 (*Nordmann*), 975 (*Lossen*), 1072 (*Kuhn, Grube, Uffenrode*), 1085 (*Schmieden*), 1094 (*Darewe*).
— bei akuten Entzündungen *6* (*Habs, Croce, Sick*), *7* (*Stich, Danielsen*), *8* (*Bardenheuer*), *9* (*Heidenhein, Lexer*), *10* (*Perthes*), *12* (*Heller*), *13* (*Haasler*), *14* (*Stettiner*), *15* (*Bier*), 497* (*Lexer*), 515 (*Stich*).
— nach Bier bei akuten eitrigen Entzündungen 274* (*Kaefer*).
— bei eitrigen Ohrerkrankungen 1327 (*Keppler*).
— bei Erkrankungen der oberen Luftwege 981 (*Polyäk*).
— bei Knochenbrüchen 377* (*Deutschländer*).
— bei orthopädischen Operationen 807 (*Deutschländer*).
Stauungs- und Saugtherapie 927 (*Ullmann, Heller*).
Steifigkeit, chronische, der Wirbelsäule 796 (*de Bruine Ploos van Amstel*).
Stenosierung des Hauptbronchus 1157 (*Conforti*).
Stereoskopie in der Röntgentechnik 654 (*Drüner*).
Sterilisierapparat 984 (*Küppers*).
Sterilisation chirurgischen Materials 1360 (*Baudoin*).
Stich- und Schußwunden der Lunge 120 (*Kijewski*).
Stichverletzung der schwangeren Gebärmutter 1136 (*Jacobsohn*).
Stichverletzungen der Hand 300 (*Janz*).
Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen 328 (*Damianos*).
Stieldrehung von Eierstockskystomen 286 (*Daniel*).
Stirnhöhle, Radikaloperation der 115 (*Iwanow*).
Stovain 308 (*Polàk*), 1056 (*Müller*).
— Lumbalanästhesie mit 89 (*Caplescu-Poenaru, Tilmann*).
— Respirationsparalyse nach 470 (*Sandberg*).
Stovainanästheise 717 (*Finkelnburg*), 739 (*Chaput*).
Stovainvergiftung 535 (*Trautenroth*).
Stovainwirkung, lokale 880 (*McKenzie*).
Störungen des Gehörorgans nach Carotisunterbindung 1335 (*Lebram*).
Stützkorsett bei Skoliose 1208 (*Kopits*).
Stypticin 916 (*Freund*).
Styptogan 525 (*Schädel*).
Streckapparate, federnde 603 (*Herrmann, Evler*).
Striktur des Harnleiters 1045 (*Kelly*).
— der Speiseröhre 269 (*Sencert*), 681 (*Pollack*).
Strikturen der Harnröhre 657 (*de Grau, Herescu, Danielopol*), 658 (*Selhorst*).
— des Mastdarms 258 (*Lenk*).
Subluxation der Hand 1011 (*Putti*).
— des Os navicul. pedis 1184 (*Gaugele*).
— des zweiten Keilbeines 64 (*Bergmann*).
Subphrenischer Abszeß 955 (*Archibald*).
Syphilisbehandlung 528 (*Malafosse*).
Syphilis der Brustdrüse 325 (*Beer*).
— hämorrhagische 537 (*Weitz*).
— der Luftwege 630 (*Fullerton*).
— des Nebenhodens 528 (*Ullmann*).
Syphiloide, posterosive 537 (*Dalous*).
Syndaktylie, angeborene 781 (*Princeteau*).
Synorchidie 285 (*Mauclaire*).
— operative 662 (*Mauclaire*).
Synostose, angeborene, der beiden oberen Radio-Ulnargelenke 171 (*Hamilton*).
— der Radio-Ulnargelenke 300 (*Stretton*).
Syringomyelie 1153 (*Lüders*).
— Gelenkerkrankungen bei 360 (*Fehres*).

Tabes, chirurgische Komplikationen der 693 (*Bowlby*).
— Spontanfrakturen bei 709 (*Birkenholz*).
Talma'sche Operation 95 (*Wheeler*), 768 (*Frank*).
Tampondrainage der Bauchhöhle *85*, 858 (*Dreesmann*).
Tamponfrage 973 (*Reinhard*).
Technik dringlicher Operationen 716 (*Lejars-Strehl*).
— der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie 567* (*Joseph*).
Teleangiektasien in Haut und Schleimhäuten des Gesichts 884 (*Kelly*).
Tendinitis achillea arthritica 3* (*R. v. Barącz*).
Tendofasciitis calcarea 903 (*Neuwirth*).

Teratom des Bauchfells 492 (*Fleischmann*).
— des Rückenmarkes 740 (*Forbes*).
Tetanie *16* (*Pochhammer*).
Tetanus 581 (*Hecker, Meier*), 598 (*Pinatelle, Rivière, Leclerc*), 599 (*Ross*), 638 (*Vincent*), 878 (*Coss*), 924 (*Williams*), 975 (*Lop*), 990 (*Luckett*), 1006 (*Grünnberger*), 1302 (*Pease*), 1311 (*Blake*).
Tetanusheilserum 536 (*Clairmont*).
Theorie, opsonische 988 (*Ross*).
Therapie des Klumpfußes 808 (*Lange*).
Thiosinamin gegen Pylorusstenose 493 (*Caudwell*).
Thoraxdefekte, angeborene 392 (*Silberstein*).
Thorakotomie 631 (*Willems*).
Thrombose der A. subclav. 118 (*Wilkinson*).
— der Gekrösgefäße 416 (*Lindner*), 1040 (*Smith*).
— des Sinus occipitalis 978 (*Uchermann*).
— der V. cava asc. bei Nierengeschwulst 359 (*Fioravanti, Pellegrini*).
— — iliaca ext. 1317 (*McGregor*).
Thymusexstirpation 237 (*Ehrhardt*).
Thymusstenose und Thymustod *62* (*Rehn*).
Thymustod 630 (*Katholitzky*), 1088 (*Cohn*).
Thyreoiditis 1150 (*de Quervain*).
Tonsillitis 1009 (*Imhofer, Springer*).
Topographie des Lymphgefäßapparates 474 (*Most*).
Torsion eines Leistenhodens 792 (*Lichtenstern*).
Torsionsfestigkeit des Gelenkbandapparates 889 (*Fessler*).
Torticollis 1009 (*Tubby*).
— spasticus 105 (*Berg*).
Toxikologie 216 (*Takayama*).
Tracheotomie 1088 (*Cohn*).
Trachelotomia externa 1331* (*Franke*).
Tränen-Speicheldrüsenerkrankung, symmetrische 1336 (*Pfeiffer*).
Transplantation 550 (*Bull*).
— von Schilddrüsengewebe in die Milz *74* (*Payr*).
— der Sehnen 720 (*Doberauer*).
Transplantationen 689* (*Weischer*).
— Alkohol-Kokain-Stovainigjektionen bei 699, 700 (*Ostwalt*), 700 (*Schlösser*).
— in der Chirurgie 1227 (*Garrè*).
Transfusion und Infusion 613 (*Köhler*).
Trauma und Sarkom 1189 (*Löwenstein*).
Traumatisches Ödem 1069 (*Köhler*).
Trepanation *46* (*Borchardt*).
— gegen Irresein 388 (*Chambers*).
— nach geheilten Schädelverletzungen 113 (*Sores*).
— Technik der 1031* (*Borchardt*).
— des Warzenfortsatzes 918 (*Jastschinski*).
Trepanationstechnik 1206 (*Masland*).
Trichterbrust 489 (*Roubitscheck*).
Trigeminusneuralgie 22 (*Körte*), 882 (*Lévy, Baudouin, Poppert, van Hook*), 966 (*Hammerschlag*).
Trigeminusresektionen, periphere 144 (*Deege*).
Trochanterabtrennung 896 (*Thienhaus*).
Trochanter major, Abbruch des 1180 (*Krüger*).
Tubage nach Kuhn 783 (*Dirk*).
— perorale, Nasen-Rachentumoren und 241* (*Kuhn*).
Tuberculum majus calcanei-Verletzung 436* (*Ebbinghaus*).
Tuberkelbazillen im Ductus thoracicus 1340 (*Whipple*).
Tuberkelgeschwulst der Bauchdecken 1034 (*Alessandri*).
Tuberkulose 198 (*Rockenbach*), 450 (*Krämer*).
— Behandlung der 880 (*Halsted*).
— des Bauchfells 555 (*Büdiger, Johnson*), 760 (*Macartney*), 941 (*Cooper, Guthrie*).
— des Blinddarms 318 (*Campiche*).
— der Brustdrüse 1342 (*Braendle*).
— des Brustkorbes 505 (*König*).
— chirurgische 37 (*Kraemer*).
— — Schröpfverfahren *16* (*Klapp*).
— des Darms 959 (*Ito, Asahara*).
— des Gehirns 616 (*Alessandri*).
— der Gelenke 590 (*Codivilla*), 656 (*Gebele, Ebermayer*), 1194 (*Calot*), 1195 (*Willard*), 1302 (*König*).
— des Harnapparates 646 (*Motz, Hallé*).
— der Hoden 1127 (*Batut*).
— des Illiosakralgelenkes 1169 (*Zesas*).
— des Kehlkopfs 1149 (*Finder*).
— des Kniegelenks 832* (*Wolkowitsch, Draudt*).
— des Knies 1013 (*Draudt*).
— der Knochen 1302 (*König*), 1313 (*Zumsteeg*).
— — und Gelenke 38 (*Durante*).
— latente 1130 (*Huet*).
— der Lymphdrüsen, atypische 736 (*Gennari*).
— der Mandeln 1386 (*Massier*).
— der Mund- und Nasenschleimhaut 1329 (*Holländer*).
— der Niere 62 (*Schueller*), 343 (*Colombino*), 344 (*Curtis, Carlier*), 447 (*Fenwick*), 1247 (*Hottinger*).
— — und Blase 43 (*Wildbolz*).
— der Samenblase 344 (*Simmonds*).
— des Schambeins 922 (*Dhéry*).
— der Speiseröhre 681 (*Kümmell*).
— der Wirbel 1338 (*Renton*).
Tuberkuloseinfektion 191 (*Römer*).
Tuberositas tibae, Abreißung der 175 (*Gaudier, Bouret*).
Tumoren, maligne, Röntgenbehandlung 875 (*Cohn*).
— Operation retromaxill. 1068 (*Borchardt*).
Typhusgeschwüre, perforierende 845 (*Woolsey*).

Überdruckverfahren zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen 263 (*Seidel*).
Ulcus rodens beim Kind 1008 (*Andry*).
— ventriculi perforatum 783 (*Dirk*).
Unfallgesetzgebung, Einfluß der neueren deutschen 1230 (*Thiem*), 1231 (*Baisch*, (*Gaupp*).
Unfallverletzungen 823 (*Brouardel*), 870 (*Secrétan*).
Universalpendelapparat 387 (*Schäffer*).
Unterbindung der A. innominata 151 (*Sheen*).
— — fem. 152 (*Clark*).
— — subclavia 152 (*Hessmann*).
— der Nierenarterie 1126 (*Jungano*).
— der Nierengefäße 893 (*Jungano*).
— der Nierenvene 1126 (*Jungano*).
— der Schilddrüsenarterien 1339 (*Enochin*).
— der V. cava inf. 151 (*Houzel*).
— — portarum 853 (*Bolognesi*).
Unterricht in operativer Medizin 824 (*Cushing*).
Unterkieferplastik 743 (*Beck*).
Unterlippenfistel, angeborene 627 (*Stieda*).
Unterschenkeldoppelamputation bei Diabetes 912 (*Hayd*).
Unterschenkelvaricen und -Geschwüre *125* (*Lossen*).
Untersuchung des Kotes auf Blut 942 (*Schumm*).
Urachusfistel 447 (*Serafini*).
Urämie und enterogene Autointoxikation 161 (*Schattenstein*).
Uranoplastik *56* (*Bunge*).
Ureterocystoneostomie 542 (*Hein*).
Uretersteine 782 (*Eschenbach*).
Urethrotomia interna 540 (*Österreicher*, *Ravasini*).
Urinfänger 294 (*Grossmann*).
Urinscheider 541 (*Vedova*).
Uterus didelphis 781 (*Berthomier*).
Uterusmyom, Mastdarmstenose durch verkalktes 575 (*Payr*).

Vagus, Durchtrennung des 629 (*Martini*).
Varicen des Beines 1317 (*Miller*).
— der unteren Extremitäten 1174 (*Narath*).
Varikokele 448 (*Nitsch*, *Corner*), 532 (*Schifone*).
— Terapie der 781 (*Lassabatie*).
V. cava inf., Unterbindung der 151 (*Houzel*).
Venenunterbindung gegen Puerperalfieber 663 (*Lenhartz*).
Verband, erster, auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung 362* (*v. Oettingen*).
Verbrennungstod 501 (*Eiykmann*, *van Hoogenhuyze*), 580 (*Helstedt*).
Vereiterung eines geheilten Knochenbruches 1178 (*Riech*).
Verengerung des Duodenum 511 (*Ochsner*)
Verengerungen am Pylorus 1365 (*Renton*), 1366 (*Gordon*, *Mackenzie*, *v. Haberer*).
Verrenkung des Atlas 1009 (*Ramm*).
— einer Beckenhälfte 1178 (*Creite*).
— des Ellbogens 300 (*Staunton*), 710 (*Kirstein*).
— des Fußes 711 (*Thienhaus*).
— der Halswirbel 376 (*Steinmann*).
— der Hand 1011 (*Putti*).
— der Hüfte, angeborene 289 (*Ewald*), 346 (*Calot*), 381 (*Wollenberg*), 1170 (*Ewald*, *Wollenberg*), 1179 (*Blencke*, *Wette*), 1290 (*Bade*).
— — doppelseitige 360 (*Tschmarke*).
— des Hüftgelenks, paralytische 609* (*S. Kofmann*).
— eines Interphalangealgelenkes des Kleinfingers 1316 (*Schnurpfeil*).
— der Kniebandscheiben 1182 (*Bergmann*).
— der Kniescheibe 1172 (*Soliero*), 1181 (*Bötticher*, *Ruppauer*).
— — angeborene 350 (*P. Ewald*).
— des Oberschenkels 392 (*Schlagintweit*).
— des Os lunatum carpi 701 (*Hildebrandt*).
— der Patella, Operationsmethode der kongenitalen *136* (*Wullstein*).
— des Schlüsselbeins, doppelseitige 709 (*Geissler*).
— der Schulter 999 (*Jones*), 1168 (*Bach*).
— des unteren Endes der Ulna 1118* (*Gevers Leuven*).
— des Vorderarms, veraltete 811 (*Klauber*).
Verrenkungen 1309* (*W. v. Brunn*).
— im Handgelenk 812 (*Schade*).
Verhandlungen der Deutschen Röntgengesellschaft 427.
Verlagerung der Luftröhre 1156 (*Groeber*).
Verletzung der Blase 1045 (*Thelemann*).
— des Conus terminalis 934 (*Loeb*).
— des Ductus thoracicus 27 (*Vautrin*).
— der Milz 687 (*Georgi*, *Rabinowitsch*).
— typische der Chauffeure 876 (*R. Mühsam*).
Verletzungen des Bauches 326 (*Preindlsberger*, *Höpfl*), 327 (*Hayd*).
— des Ductus deferens und Tonus des Blasenschließmuskels 41 (*Lusena*).
— — thoracicus 998 (*Unterberger*), 1011 (*Fullerton*).
— der Leber 1373 (*Borszéky*).
— der Lendenwirbel und des Kreuzbeines 378 (*Ludloff*).
— des Magens 403 (*Menne*).
— des Schädels 1017 (*Coopieret*).
Verminderung der Infektionsmöglichkeit bei Operationen in der Bauchhöhle 1058 (*Theilhaber*, *Stubenrauch*).
Verschließungen und Verengerungen, angeborene, des Darmkanals 78 (*Kreuter*).

Verstauchung des Fußglenkes 352 (*Vorschütz*).
Verstopfung, Operationen bei 538 (*Lane*).
Volvulus 415 (*Danielsen*).
— des Blinddarmes 766 (*Maunsell*).
— der Flexura sigmoidea 1370 (*Weber, Moschcowitz*).
— — — bei Hirschsprung'scher Krankheit 330 (*Delkeskamp*).
Vorderarmverrenkung, veraltete 811 (*Klauber*).
Vorfall von Blasenschleimhaut 58 (*Villar*).
Vorfußresektion 304 (*Galzin*).
Vulvaerkrankungen 496 (*Ruge*).

Wachstumstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen 521* *Försterling*).
Wandermilz 205 (*Childe*).
Wanderniere 1124 (*Legueu, Fiori*).
Wangenfistel 1152 (*Mayrhofer*).
Wangennaevus 980 (*Collier*).
Wangenplastik 390 (*Meissl*).
Wasserschuß 882 (*Franke*).
Wasservorwärmer 840 (*Küppers*).
Weichteilnasengerüstes, Erhaltung des, bei Oberkieferresektion 1005* (*Israel*).
Weisheitszähne 225 (*Niculescu*).
Wirbelbruch 740 (*Klaer, Dreyfuss*), 1153 (*Nélaton*), 1208 (*Wittek*).
Wirbelsäule, Konkavtorsion der skoliotischen 798 (*Reiner, Werndorff*).
— Mobilisation der 918 (*Chlumský*).
— Ostitis purulenta der 968 (*Donati*).
— Synostose der 934 (*Voltz*).
— Steifigkeit der 796 (*de Bruine Ploos van Amstel*).
Wirbelsäulenerkrankungen, Orthopädie der 249 (*Vulpius*).
Wirbelsäulenfraktur 9 (*Burrell*).
Wirbelsäulenkanal, Fibrosarkom im 236 (*Ward*).
Wirbelsäulenosteomyelitis 887 (*Overdyn*).
Wirbelverrenkung 376 (*Steinmann*).
Wirkung der japanischen Kriegswaffen 961 (*Schäfer, E. Svenson, v. der Osten-Sacken*).
Wolfsrachen 503 (*Peck, Smith*).
— und perorale Tubage 723 (*Kuhn*).
Wundbehandlung 216 (*Graser*).
Wundbehandlung, Entwicklung der modernen 641 (*Axhausen*).
— im Kriege 842 (*Gill*).
— offene, von Hauttransplantationen 794* (*Goldmann*).
— nach Transplantationen 689* (*Weischer*).
— trockene, in Südwestafrika *36* (*Goldammer*).
Wunde, penetrierende, des Mundbodens 934 (*Wales*).
Wundnaht 488 (*Watters*).
Wurmfortsatzcysten 28 (*Klemm*).
Wurmfortsatz, cystische Ausdehnung des 203 (*Corning*).
— Divertikel am 1105 (*Schweizer, Seelig*).
— Krebs des 193 (*Baldauf*), 1238 (*Zaaijer*).
— in Schenkelbrüchen 850 (*Wood*).
Wurmfortsatzhernie 749 (*Maccoulard*).
Wurmfortsatzoperationen 473* (*Bayer*).

Xanthoma tuberosum 1008 (*Runge*).

Zahnlösung 1380 (*Rhein*).
Zahnverletzungen 885 (*Hercog*).
Zelluloideinlagen in Verbindung mit Filz und Gummi 1083* (*Lengfellner*).
Zerreißung der Achillessehne 1014 (*Dambrin*), 1319 (*Macartney*).
— der Milz 194 (*Auvray*).
— — traumatische 1372 (*Hörz*).
— der Sehne des M. quadriceps 1183 (*Gage*).
— der Speiseröhre 409 (*Lomax*).
Zerreißungen des Darmes 1022 (*Bunge*).
— des Plexus brachial. 605 (*Langenecker*).
Zungenepitheliom 743 (*Whiteford*).
Zungenkrebs *59* (*Heidenhain*), 917 (*Butlin*).
Zungenkropf 628 (*Lenzi*), 886 (*Schwarz*), 887 (*Wilkerhauser*).
Zungensarkom 980 (*Cheatle*).
Zungenteratom 1337 (*Nicoll, Teacher*).
Zweckmäßigkeit in der Pathologie 870 (*Ribbert*).
Zwerchfellsbruch 92 (*Hamdi*), 957 (*Methling*), 958 (*Wieting*), 1364 (*Vayhinger*).
Zwerchfellswunden 428 (*Suter*), 508 (*Rossi*).
Zwerchfells- und Magenriß 682 (*Daxenberger*).

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 6. Januar. **1906.**

Inhalt: I. **G. Drehmann,** Eine typische Erkrankung der Achillessehne. — II. **R. v. Baracz,** Tendinitis achillea arthritica als eine besondere Form der Achillessehnenerkrankung. (Original-Mitteilungen.)

1) **Leser,** Allgemeine Chirurgie. — 2) **Henke,** Mikroskopische Geschwulstdiagnostik. — 3) **Bier,** Hyperämie als Heilmittel. — 4) **Burrell,** Wirbelsäulenfraktur. — 5) **Harte,** Intraspinale Geschwülste. — 6) **v. Ranke,** Kehlkopfstenosen. — 7) **Guibal,** Herzchirurgie. — 8) **Morris,** Mediastinale Dermoidcysten. — 9) **Ricard** und **Chevrier,** Tuberkulöse Pylorusstenosen. — 10) **Monks,** Chirurgische Anatomie des Dünndarmes und seines Gekröses. — 11) **v. Winckel,** Bruchpforten am Beckenboden. — 12) **White,** Colitis membranacea. — 13) **Naunyn,** Gallensteine.

Albers-Schönberg, Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome. (Original-Mitteilung.)

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 15) **Holzknecht** u. **Kienböck,** 16) **Schellenberg,** Röntgenblenden. — 17) **Cramer,** Röntgenstrahlen gegen Leukämie. — 18) **Gauthier** und **Duroux,** 19) **Löser,** Röntgenbehandlung des Krebses. — 20) **Auerbach** und **Brodnitz,** Intraspinale Geschwulst. — 21) **Schönebeck,** Halsrippen. — 22) **Vautrin,** Verletzung des Ductus thoracicus. — 23) **Dowd,** 24) **Lieblein,** Appendicitis. — 25) **Klemm,** Cysten des Wurmfortsatzes. — 26) **Greene-Cumston,** Leistenbruch beim Mädchen. — 27) **Fischer,** Fibrolipom des Magens. — 28) **Jonnesco,** Pylorospasmus mit Magenhypersekretion und Tetanie. — 29) **Simon,** Netztorsion. — 30) **Simon** und **Spillmann,** Milzexstirpation. — 31) **Blanc** und **Tisserand,** Leberechinokokkus. — 32) **Steinheimer,** Leberabszeß. — 33) **Nikolić,** Hepatopexie. — 34) **Rothfuchs,** Verletzung des Duct. choledochus. — 35) **Bell,** Cholelithiasis. — 36) **Dörr,** Cholecystitis typhosa.

Pólya, Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

I.

Eine typische Erkrankung der Achillessehne.

Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatze des Herrn Dr. A. Schanz in Nr. 48 d. Zentralbl.

Von

Dr. G. Drehmann in Breslau.

Die von Schanz beschriebene Affektion der Achillessehne habe ich öfter zu sehen Gelegenheit gehabt. Diese Erkrankung hat, wie



auch Schanz ausführt, mit der Achillodynie nichts zu tun. Hier handelt es sich um eine Entzündung des zwischen Ansatzstelle der Sehne und dem Fersenbein liegenden Schleimbeutels. Man beobachtet die Erkrankung bei Gelenkrheumatismus, nach Influenza und am häufigsten bei Gonorrhöe. Die jetzt beschriebene Erkrankung tritt nur nach forcierten Anstrengungen auf und hat ihren Sitz ganz typisch etwa handbreit über der Ferse, an der Stelle, wo der moderne Schuh aufhört. Bei doppelseitigen Affektionen, welche nach meinen Beobachtungen die häufigeren zu sein scheinen, ist die Höhe des Sitzes auf beiden Seiten ganz genau übereinstimmend. Dieses genau symmetrische Auftreten der Knotenbildung in der Sehnensubstanz gab mir Grund zu der Annahme, daß es sich hier um eine akute Tendinitis, bedingt durch einen äußeren Reiz, handelte. Dieser äußere Reiz ist bald in dem durch das Zusammentreten mehrerer Nähte versteiften oberen Rande des Schuhes gefunden, besonders wenn derselbe zu eng geschnürt ist oder als unzweckmäßiger Gummizugstiefel getragen wird.

Ich sehe hier ein Analogon zu der zirkumskripten Tendinitis, wie wir sie bei akut eintretendem schnellenden Finger, z. B. bei Gewehrgriffe übenden Einjährigen, zu sehen gewöhnt sind. Die Schanz'sche Erklärung einer stärkeren Beanspruchung der Sehne auf Dehnung, also einer unvollständigen Ruptur, erscheint mir besonders für die beiderseitigen Erkrankungen weniger plausibel. Die Achillessehne ist die stärkste Sehne des Körpers, und Rupturen kommen nur durch forcierte plötzliche Kontraktionen, wie etwa bei Springern und Zirkusreitern zustande. Der Sitz dieser Rupturen ist entweder dicht über dem Fersenbeinansatz oder noch in der Muskelsubstanz. Bei der Schanz'schen Erklärung müßten wir dann wohl auch den Sitz unserer Affektion dort verlangen. Ich glaube, daß durch weitere Beobachtungen eine genauere Erklärung möglich wird. Bis dahin möchte ich die Erkrankung als eine zirkumskripte Tendinitis infolge äußerer Reize ansprechen.

Wie wir aus den interessanten Untersuchungen von Athabegian[1] aus der Schulthess'schen Anstalt wissen, entfernt sich die Achillessehne von der Tibia, wenn man sich bei nach vorn gebeugtem Knie auf die Zehen hebt. Gerade diese Bewegung ist beim Radfahren und Bergsteigen am meisten notwendig; so kommt am oberen Rande des beim einfachen Gehen in der Ebene eben passenden Schuhes ein Reiben der Sehne zustande. Ist der obere Rand nun besonders unnachgiebig, womöglich noch durch eine schlechte Strippe verengt, so kann der ständige Reiz genügen, um eine Tendinitis zu erzeugen.

---

[1] Über die Lage der Achillessehne bei verschiedenen Fußstellungen. Archiv f. Orthopädie Bd. I, 2; ref. dieses Zentralbl. 1903. p. 980.

II.

Tendinitis achillea arthritica als eine besondere Form der Achillessehnenerkrankung.

Von

R. v. Barącz in Lemberg.

A. Schanz in Dresden macht in Nr. 48 ds. Bl. vom Jahre 1905 auf eine typische Erkrankung der Achillessehne aufmerksam, welche sich im Anschluß an übermäßige Inanspruchnahme derselben entwickeln soll, und welche er Tendinitis achillea traumatica benennt. Dieses Leiden soll mit der zuerst von E. Albrecht beschriebenen Achillodynie nicht identifiziert werden, da bei der letzteren der Schmerz genau an der Insertion der Sehne empfunden wird.

Dieser Artikel erinnert mich an eine ähnliche Erkrankung der Achillessehne, welche jedoch anderen Faktoren ihre Ätiologie zu verdanken scheint.

Ich beobachtete mehrmals eine Erkrankung dieser Sehne, welche im Winter bei größeren Schneefällen und überhaupt bei rauhem Wetter auftritt und meist beleibte, an Rheumatismus und Gicht leidende Männer betrifft. Die Pat. geben an, daß sie Schmerzen hauptsächlich beim Gehen verspüren. Am Gange der Pat. fällt auf, daß das Abrollen des Fußes vermieden wird; deshalb ist der Gang hinkend. Die Pat. selbst lokalisieren den Schmerz in der Achillessehne und machen auf eine Schwellung derselben aufmerksam. Bei der Untersuchung findet man eine mehr oder weniger ausgeprägte spindelförmige Verdickung der Achillessehne; die Haut über derselben ist mehr oder weniger gerötet und heiß anzufühlen je nach der Intensität des Leidens. Beim Betasten findet man meist eine äußerst große Schmerzhaftigkeit und deutliche Verdickung der Sehne, welche oberhalb des Endstückes derselben beginnt und bis zum Übergang in den Muskel reicht. Oft findet man nebst der Verdickung mehrere flache, harte, sehr schmerzhafte bis haselnußgroße Knoten in der Sehne, welche dadurch deformiert erscheint. Die Krankheit befällt dieselben Pat. mehrmals; viele derselben leiden jeden Winter, ja sogar mehrmals in demselben Winter an Rückfällen des Leidens. Viele leiden nebstdem an rheumatischen Schmerzen in den Gelenken, besonders dem Schultergelenk, und an Muskelrheumatismus (Hexenschuß). Diese Pat. stammen meist aus gichtischer Familie, jedoch bei keinem konnte ich das Überstehen eines typischen akuten Gichtanfalles nachweisen. Bei mehreren Pat. wurde der Harn während des Anfalles der Schmerzen untersucht; er war spärlich, bildete einen deutlichen aus Uraten bestehenden Bodensatz; chemisch untersucht enthielt er reichlich Urate. Die Entzündung der Sehne tritt unerwartet und

plötzlich auf. Stärkere Inanspruchnahme der Sehne vor dem Anfalle konnte manchmal nachgewiesen werden, jedoch nicht immer. Dagegen habe ich oft eruieren können, daß Pat. an reichlicher Tafel teilgenommen, daß sie mehr alkoholische Getränke genossen haben. Beim heftigeren Anfall entstehen plötzlich spontan reißende, bohrende Schmerzen in der Sehne — wie bei akutem Gichtanfall —, welche nach Ablauf von 24—48 Stunden vergehen. Heftigere Schmerzen und Unbehilflichkeit beim Gehen dauern gewöhnlich nur 2—3 Tage, selten bis 5 Tage; jedoch bleibt die Schmerzhaftigkeit der Sehne beim Betasten und Schwellung meistens durch mehrere Wochen, bis sie dann spontan verschwindet. Beide Sehnen werden zugleich oder gleich nacheinander befallen, obgleich ich das Leiden auch einseitig mit oder ohne konkomitierende Gelenkschmerzen oder Schmerzen und Schwellung der Schleimbeutel (besonders der Bursa olecrani) auftreten sah. Auch bemerkte ich manchmal, daß eine Sehne in weit höherem Grade erkrankte, wie die andere. Das Leiden kann ohne Hinterlassung von Spuren zurückgehen, öfter jedoch bleibt eine dauernde Verdickung und Knotenbildung in der Sehne zurück, welche beim neuen Anfalle wieder schmerzhaft wird. Diese schmerzhafte Verdickung und Knotenbildung in der Sehne möchte ich als eine durch Einlagerung von harnsauren Salzen in der Substanz der Sehne bedingte Entzündung betrachten.

Ein in den Mitteljahren stehender Pat. versicherte mir, an den Anfällen dieser Krankheit schon seit seinem 22. Lebensjahre gelitten zu haben; die Anfälle traten meist im Winter auf, waren anfangs weniger heftig und schmerzhaft. Merkliche Anschwellung der Sehnen beobachtete er erst in den letzten Jahren. Er soll über 100 solcher leichterer oder schwerer Anfälle bald an einer, bald an beiden Sehnen gehabt haben! Er beobachtete das Auftreten des Leidens auch beim heftigen akuten Schnupfen und während der Influenza! An Blennorrhöe und Syphilis soll er nie gelitten haben. Es konnte bei ihm eine bleibende Verdickung beider Achillessehnen konstatiert werden.

Was die Behandlung des Leidens anbelangt, so dürfte dieselbe vom Grade der Entzündung abhängen. Bei leichten Schmerzen, welche kein Hinken bedingen, erweist sich methodisch durchgeführte Massage, eventuell mit Applikation spirituöser Einreibungen und verbunden mit Einschränkung der Diät und Meidung alkoholischer Getränke als vollkommen ausreichend. Bei heftigerer Entzündung, welche Hinken verursacht, ist die Ruhigstellung der Sehne mittels Heftpflasterverband angezeigt. Es wird bei leicht plantarflektiertem Fuß ein breiter Heftpflasterstreifen von der Mitte der Wade über die Ferse bis zur Mitte der Fußsohle gelegt, darauf kommen eine oder zwei Schichten von quer angelegten Heftpflasterstreifen, welche sich dachziegelförmig decken und von der Ferse bis zur Mitte der Wade reichen. Dieser Verband, welcher 1—2 Wochen liegen bleiben soll, bringt fast momentanen Nachlaß der Schmerzen beim Gehen, und das Hinken wird behoben. Stärkere Entzündung der Sehne mit spontan auftretenden

Schmerzen und Fieber erheischt Bettlage durch einige Tage mit Applikation von Eisbeutel oder Umschlägen von essigsaurer Tonerde, innerlich Aspirin und erst nach Milderung der Symptome Heftpflasterbehandlung und nachträglich Massage. Bei öfter sich wiederholenden Anfällen dürfte Uricedin bis zum Auftreten leichter Alkaleszenz des Urins verabreicht werden. Zu gleicher Zeit gehen die Schmerzhaftigkeit und Verdickung der Sehne meist ganz zurück. Auch prophylaktische Verabreichung des Uricedins und Regelung der Diät wäre angezeigt.

Nach dem oben Auseinandergesetzten ließe sich diese Form der Achillessehnenerkrankung als Tendinitis achillea arthritica benennen.

Lemberg, den 7. Dezember 1905.

---

1) **E. Leser.** Die allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 585 Seiten mit 171 Abbildungen im Text.

Jena, **Gustav Fischer,** 1906. ℳ 12.—.

»Dem Andenken Volkmann's«, hat der Verf. sein Werk gewidmet: — der Leser empfindet diesen Anruf nicht als nur rein äußerliche Kennzeichnung seiner Beziehungen zu dem gefeierten Lehrer. In mannigfachen Streiflichtern rückt die Darstellung das Bild des unvergeßlichen schöpferischen Meisters der Chirurgie, welches sich der jüngeren Welt schon fast in leiser Dämmerung zu verschleiern beginnt, vor Augen. Und wenn unter der Flut neuer Forschungen, neuer Probleme und Methoden so manches von den vermeintlich schon sicheren »Errungenschaften« der Chirurgie wieder sich zu lockern und abzubröckeln droht, wir betrachten es als wesentliches Verdienst des Werkes, wenn es von neuem immer wieder darauf hinweist, wieviel von den Fundamenten, welche den Bau der modernen Chirurgie heute noch stützen, wieviel von dem Geist, welcher die Richtungslinien des neuen Ausbaues beherrscht, das unverlöschliche Gepräge Volkmann's trägt. Aber auch aus manchen persönlichen, zuweilen fast schalkhaften Zügen blickt uns die den Älteren vertraute Gestalt des geist- und lebensprühenden Führers entgegen. Daß ein Schüler Volkmann's nicht auf die Worte seines Meisters allein sich einschwören läßt, sondern mit seiner Wissenschaft mitgeht, auch die neuesten Lehrmeinungen, bis auf die Spirochaete pallida und die letzten Bier'schen Gedanken und Ausblicke, selbständig verarbeitet, sich aber in seinen eigenen Lehren und Ratschlägen nur von der Kritik eigenster Forschung und Erfahrung leiten läßt, braucht kaum besonders betont zu werden. Sie sind reich genug, um das Buch, wie es die Vorlesungsform schon mit sich bringt, durchaus subjektiv — das Wort natürlich richtig verstanden! — zu halten. Der flüssige Darstellungsstil L.'s, welcher seiner speziellen Chirurgie wohl in erster Linie einen

solchen Erfolg verschafft hat, ist ihm hier nicht weniger gelungen, auf allen Seiten merkt man den gewandten Lehrer studentischer Jugend. Das Buch bildet in der Tat eine vortreffliche Ergänzung zu jener, auch im Umfang, der zwar natürlich der Ausführlichkeit in den einzelnen Kapiteln seine Grenzen zog, aber doch die glückliche Mitte getroffen zu haben scheint, welche dem Studierenden nicht zu viel auferlegt, und ihn doch nirgends ernstlich im Stich lassen wird. Etwas mehr Bibliographie, der der Verf. absichtlich meist aus dem Wege gegangen ist, wäre vielleicht doch als Korrelat für die Kürze der Darstellung manchem erwünscht. Die Abbildungen sind gut gewählt und verdeutlichen den Textinhalt fast überall ausreichend. Die äußere Ausstattung des Buches ist musterhaft. Über Einzelheiten zu rechten ist hier nicht Platz. Um nur einige allgemeinere Gesichtspunkte hervorzuheben: Arbeitet die Natur wirklich zur Wiederherstellung von Gewebsstörungen immer nur mit den knappsten, gerade ausreichenden Mitteln? Fällt die Unterbringung von Milzbrand-, Diphtherieorganismen u. a. bei der Knochengelenkchirurgie, die dem Schüler Volkmann's natürlich am nächsten lag, nicht aus dem geordneten Lehrgang heraus? Auch der Lumbalanästhesie hätte der Verf. wenigstens schon eine bestimmtere Würdigung zuteil werden lassen können. — Trotz solcher und ähnlicher kleiner Ausstellungen ist der Ref. sicher, daß die L.'sche Darstellung der allgemeinen Chirurgie ihren Weg machen und die spezielle Chirurgie auch in den folgenden Auflagen getreulich begleiten wird. **Herm. Frank** (Berlin).

---

2) **F. Henke.** Mikroskopische Geschwulstdiagnostik. Praktische Anleitung zur Untersuchung der in Tumorform auftretenden Gewebswucherungen. Mit 106 größtenteils farbigen Abbildungen.

Jena, G. Fischer 1905.

Von dem bereits erwähnten, für den wissenschaftlich arbeitenden Chirurgen sehr beachtenswerten handlichen Buche ist nun die zweite Hälfte erschienen. Handelte die erste von der Gewinnung, Vorbereitung und der makroskopischen Beurteilung des zu untersuchenden Geschwulstmaterials und von der Einteilung der Geschwülste und ihren wesentlichsten Merkmalen, so bringt dieser Schluß des nur 350 Seiten umfassenden, für den Laboratoriumsgebrauch außerordentlich geeigneten Buches eine Erörterung der Geschwülste je nach ihrem Sitz: am Respirations-, am Digestionstraktus, den Harn- und Geschlechtsorganen, dem Zentralnervensystem. In Ergänzung des allgemeinen Teiles bringt es noch vor diesem speziellen eine recht praktische und klar verständliche Schilderung der Mischgeschwülste (Teratome, Embryome) und der sogen. infektiösen Granulationsgeschwülste (Tuberkulose, Syphilis, Rotz, Aktinomykose, Lepra, Rhinosklerom).

Wer in der Praxis der mikroskopischen Geschwulstuntersuchung einige Erfahrung hat, der wird dem Verf. dankbar sein, daß er, über

theoretische Bedenken sich hinwegsetzend, die Histologie der Granulationsgeschwülste und ihre Differentialdiagnose gegenüber den echten Geschwülsten so scharf betont hat. Aber auch die exakte Festlegung der Fragen, wie weit wir mit Sicherheit Tuberkulose oder Syphilis auszusprechen vermögen, wird dankbar allgemein begrüßt werden, und nicht zuletzt die vielfachen Winke für die Heranziehung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden, die H., der sich auf diesem Gebiet gerade erfolgreich betätigt hat, allerorten zu geben besonders befähigt war.

Seine Geschwulstdiagnostik gibt in ausgezeichneten Abbildungen die denkbar besten Paradigmata aus einem großen, aus allen Spezialfächern der Chirurgie gesammelten Material, wie es ihm von den Spezialisten der Großstadt geliefert wurde. Verwiesen sei nur auf die Abbildungen aus der Kehlkopfchirurgie, aus dem gynäkologischen, otiatrischen, rhinologischen, dermatologischen, odontologischen Geschwulstmaterial und die feine kritische Abwägung der Differentialdiagnose. Es sind bei der Herstellung der abgebildeten Präparate durchweg die möglichst einfachen Färbungsmethoden gewählt und stets die allgemeinpathologischen Gesichtspunkte in den Vordergrund gestellt; es sind nur wohl erprobte Methoden der Untersuchung geschildert und damit viele Fehlerquellen für den Ungeübten, der an der Hand dieses Buches lernen will, in glücklicher Weise vermieden. So wird das Werk zweifellos sammelnd und einend auf die Untersuchungsmethoden aller Spezialisten wirken; wird es doch vielfach als ein Mißstand empfunden, daß es so viele Untersuchungsmethoden der Geschwülste gibt, soviel Spezialfächer, ja so viele Schulen in diesen bestehen. Jedem Kapitel ist ein zwar kurzes, aber die wesentlichsten älteren und neueren Arbeiten enthaltendes Literaturverzeichnis beigegeben. Wenn schon die kritische Auswahl nur der besten Arbeiten dafür spricht, daß H. das von ihm bearbeitete Gebiet beherrscht, so muß davon endgültig überzeugen die selten klare Darstellung des Stoffes, die in erwünschter Knappheit das Wesentliche scharf heraushebt und doch auch Minderwichtiges zu erwähnen nicht verabsäumt. Den Bedürfnissen des Praktikers ist überall Rechnung getragen, weil Verf. sein überall geschickt eingeflochtenes reichliches Eigenmaterial aus der Praxis der Chirurgie und ihrer Spezialfächer geschöpft hat. Darum auch ist der »Stückchendiagnose«, der Untersuchung von durch Probeexzision gewonnenem Geschwulstmaterial, z. B. in bezug auf Kehlkopfgeschwulst, Uterusmaterial, Ausgehustetes, Fistelabgänge, gebührender Raum in der Arbeit gegeben; auch ist jede Überschätzung der Ergebnisse dieser Untersuchungsart glücklich vermieden.

Die auf Glanzpapier im Text gegebenen meist bunten, teilweise nicht kolorierten Abbildungen lassen alles Nebensächliche und darum Irreführende fort und sind ein rühmlicher Beweis für die hohe Reproduktionstechnik des bekannten Verlages. **Stolper** (Göttingen).

3) **A. Bier.** Hyperämie als Heilmittel. II. Auflage. 400 S. 40 Abbildungen.

Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1905.

In einem Zeitraum von noch nicht zwei Jahren ist die zweite Auflage des bekannten Werkes erschienen, ein Beweis, wie mächtig sich die Ideen des Verf. bereits Bahn gebrochen haben. Das Wesen der Hyperämiebehandlung dürfte den Lesern des Zentralblattes hinlänglich bekannt sein; im übrigen verweise ich auf das Referat im Zentralblatt 1903 Nr. 42. Die erste Auflage schloß Verf. mit den Worten: Ich habe es absichtlich vermieden, über Versuche zu berichten, welche wir noch nach anderen Richtungen hin angestellt haben, die aber nicht zu eindeutigen und klaren Ergebnissen geführt haben. Welche Ergebnisse auf Grund vielfacher Beobachtungen und unermüdlicher Forschungen weiterhin gezeitigt wurden, läßt die nunmehr vorliegende Auflage erkennen. Sie enthält eine solche Fülle praktischer Resultate und neuer Anwendungsformen der Hyperämiebehandlung, daß eine Vermehrung des Textes um nahezu das Doppelte erforderlich wurde. Fast jedes Kapitel hat eine durchgreifende Umarbeitung und beträchtliche inhaltliche Erweiterung erfahren. Ganze Abschnitte sind neu hinzugetreten. Aus dem allgemeinen Teil erwähne ich nur das Kapitel über die Hyperämisierung mittels großer Saugapparate, die namentlich in der Behandlung der Versteifungen eine noch nicht abzuschätzende Rolle zu spielen berufen sein werden, ferner das Kapitel über die Beeinflussung des Gesamtblutes zu Heilzwecken.

Die umfangreichste Vermehrung hat indessen der spezielle Teil erfahren. In der ersten Auflage nur skizzenhaft auf etwa 50 Seiten behandelt, nimmt er in der neuen Auflage einen Raum von beinahe 200 Seiten ein. Dabei handelt es sich aber nicht etwa um eine Spaltenfüllung durch Mitteilung langatmiger Krankengeschichten, sondern um eine außerordentlich klare und exakte Schilderung der Technik und der Anwendungsformen der Hyperämiebehandlung bei den verschiedensten Krankheitszuständen. Zwar haben sich naturgemäß auch die Krankengeschichten in einem gewissen Grade vermehrt, indessen ist Verf. nur soweit auf dieselben eingegangen, als sie zur Erläuterung seiner Ausführungen unumgänglich notwendig waren, damit jeder Leser in die Lage versetzt wird, sich ein eigenes Urteil zu bilden. Besonders ist die rückhaltslose Offenheit zu betonen, mit der B. die Beobachtungen mitteilt, die man als Schädigungen durch die Hyperämiebehandlung auffassen könnte, ein Punkt, dem B. ein besonderes Kapitel widmet.

Auf die verschiedenen Punkte im einzelnen einzugehen, liegt nicht im Wesen des Referats. Bei dem Kapitel der Tuberkulose, das in verdoppeltem Umfange erscheint, soll nur erwähnt werden, daß B. nicht mehr die kontinuierliche, sondern eine kurz dauernde, intermittierende Stauung — 1—3 Stunden täglich — empfiehlt; ferner

wird hierbei zum erstenmal über die Technik und die Ergebnisse der Hyperämisierung mittels Saugapparaten bei fistulöser Tuberkulose berichtet. Die Abschnitte über die Hyperämiebehandlung akuter Entzündungen und Eiterungen, die beim ersten Erscheinen des Werkes im wesentlichen auf drei Seiten beschränkt waren, nehmen in der zweiten Auflage einen Raum von ca. 100 Seiten ein. Hier finden wir eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der Fragen, die gerade in der jüngsten Zeit ein so lebhaftes Interesse hervorgerufen haben: Stauungsbehandlung bei Phlegmonen, Gelenkvereiterungen, Osteomyelitiden; Saugbehandlung bei Panaritien, Furunkeln, Abszessen, Mastitiden usw.; Kopfstauung bei Mittelohrerkrankungen, Augenaffektionen, Meningitiden, Paruliten usw. Es würde zu weit führen, alle die Erkrankungen aufzuführen, bei denen sich auf Grund ausgereifter Erfahrungen die Hyperämisierung bald in dieser, bald in jener Form als Heilmittel bewährt hat. Erwähnt sollen nur noch werden subkutane frische Verletzungen, Gelenkergüsse, Ödeme, Elephantiasis, von orthopädischen Affektionen Skoliose, Versteifungen und kontrakte Plattfüße, ferner Varicen und sonstige Gefäßkrankheiten, bestimmte Gangränformen, Erfrierungen u. a. m. Diese flüchtige Aufzählung läßt bereits hinlänglich erkennen, wie sehr sich die Gebiete und Ergebnisse der Hyperämiebehandlung seit der ersten Auflage vermehrt haben, und wer aufmerksam zu lesen versteht, kann bereits in nuce erkennen, auf welchen Bahnen sich die Forschungen des Verf. weiter bewegen und welche Bereicherung unserer Therapie wir für die nächste Auflage zu erwarten haben.

Das B.'sche Werk bietet jedem denkenden Arzte reiche Quellen der Anregung und ist für denjenigen, der fortschreiten will, ein unentbehrlicher Ratgeber. Es unterrichtet in schlichter, sachlicher und überaus anschaulicher Weise über ein Heilmittel, das sowohl hinsichtlich seiner Einfachheit als auch hinsichtlich der Mannigfaltigkeit seiner Verwendbarkeit nichts zu wünschen übrig läßt, das aber trotzdem noch immer nicht die Würdigung genießt, die ihm gebührt. Allerdings, und das möchte auch der Ref. gegenüber übertriebenen Ansprüchen betonen, handelt es sich dabei nur um ein Heilmittel, nicht um ein Allheilmittel, das aber, sobald man sich die Mühe nicht verdrießen läßt, sich genügend und gründlich mit ihm vertraut zu machen, die dankbarsten Resultate gewährt.

Lobend verdient noch hervorgehoben zu werden, daß die bewährte Verlagsfirma trotz der Verdoppelung des Umfanges den Preis nur um zwei Mark erhöht hat. (Preis jetzt 12 *M*.)

Deutschländer (Hamburg).

---

4) **Burrell.** Fracture of the spine.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

B. gibt zunächst eine statistische Übersicht über 244 aus der Literatur gesammelte Fälle von Wirbelbruch. Krepitation in 37,8%, Deformität in 68%, völlige Lähmung in 71%. Gesamtmortalität 64,5%,

davon die der Halswirbel 85,7, der oberen Rückenwirbel 76%, der unteren 56%, der Lendenwirbel 50%. Verf. unterscheidet Frakturen mit und ohne Beteiligung des Markes. Von vornherein läßt sich nicht immer mit Sicherheit feststellen, ob das Mark zerstört ist, wenn auch völlige Lähmung der Bewegung und Empfindung, wie Verlust der Reflexe, für eine Verletzung des Rückenmarks sprechen. Die beste Behandlung bei sicher verletztem Rückenmark besteht in der Laminektomie, sofern Erscheinungen von Chok zunächst keine Gegenanzeige bilden. Nach Abkneifen der Proc. spinosi und Durchschneiden der Bogen ist alles, was das Rückenmark komprimiert, zu entfernen. In einigen bestimmten Fällen kann unter großer Vorsicht statt der blutigen Operation eine Reduktion der verschobenen Bruchstücke und die Anlegung eines Gipskorsetts versucht werden.

Herhold (Altona).

---

5) **Harte.** The surgical treatment of intraspinal tumors.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

Verf. berichtet kurz über 92 aus der Literatur gesammelte Fälle operierter intraspinaler Geschwülste. Die Mortalität dieser 92 betrug 47%, jedoch fallen nach H. etwa nur 30% der Operation zur Last, da in 17% sehr ungünstige Verhältnisse vorlagen. Von den 92 Geschwülsten waren 37 Sarkome mit 20 Todesfällen, 11 Adhäsionen, 8 Echinokokken, 6 Fibrome, 5 Syringomyelie, 4 Endotheliome usw. (Die nach abgelaufener tuberkulöser Spondylitis eintretenden Adhäsionen sind zu den Geschwülsten hinzugerechnet, da sie ähnliche Erscheinungen wie diese machen.) Von 82 Fällen war der obere Dorsalabschnitt in 33%, der untere Dorsalabschnitt in 24%, die lumbo-dorsale Gegend in 14%, die cervicale in 11% befallen. Die Todesursachen, welche nach der Operation beobachtet wurden, waren vorwiegend Blutungen, Chok, infektiöse Meningo-Myelitis. Bezüglich der Technik werden von H. die osteoplastischen Resektionen der Wirbelsäule verworfen; er macht einen Längsschnitt in der Medianlinie, schiebt die Weichteile zurück, reseziert die Proc. spinosi und die Bogen der Wirbelsäule, und zwar in ziemlich großer Ausdehnung, wenn es zum Auffinden der Geschwulst nötig ist. Die Nachbehandlung weicht von der üblichen nicht ab — Naht der Dura, im übrigen Tamponade, später Gipskorsett.

Herhold (Altona).

---

6) **H. v. Ranke.** Zur Verhütung der nach Intubation und sekundärer Tracheotomie zuweilen sich einstellenden Kehlkopfstenosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1904. Nr. 42.)

Nach der Intubation kommt es zuweilen infolge von Decubitus zu Stenosierung des Kehlkopfes, und gelingt es dann nicht mehr nach der sekundären Tracheotomie, die Trachealkanüle zu entfernen, weil sich ein Narbenverschluß des Kehlkopfes ausgebildet hat, den v. R.

auch durch lange Zeit fortgesetzte Bougierungen mit immer dickeren metallischen Sonden nicht vollständig beseitigen konnte. Um diesen Folgezustand zu verhüten, den v. R. nicht auf das ursprüngliche Druckgeschwür, sondern auf die dauernde Ausschaltung des Kehlkopfes aus der Atmung nach der Tracheotomie, durch die Trachealkanüle, zurückführt, verzichtet er, entgegen den amerikanischen Intubatoren, zwar nicht auf die sekundäre Tracheotomie, läßt aber die Kanüle nur möglichst kurze Zeit (2—3 Tage) liegen und sucht, im Notfalle vorübergehend wieder intubierend, dieselbe dann zu entfernen. Seitdem hat er keinen Fall von dauernder Kehlkopfstenose mehr erlebt.

Kramer (Glogau).

---

7) **P. Guibal.** La chirurgie du cœur.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 3, 5, 6, 8 u. 9.)

Die bisher veröffentlichten 65 Fälle von Herznaht sind vom Verf. gesammelt und — da er eigene Erfahrungen am Menschen nicht gemacht — unter Zuhilfenahme von Tierexperimenten zu einer klinischen Studie verwendet worden, die manches Wissenswerte und Lehrreiche enthält. G. beginnt mit der Topographie des Herzens, vor allem seine Beziehungen zu den Pleuren beschreibend, und kommt zu dem Schluß, daß fast alle das Perikard und Herz von außen durchbohrenden Wunden eine der Pleurahöhlen öffnen; selbst wenn sie dicht am linken Sternalrand in Höhe des 5. Interkostalraumes eindringen, noch in einem Drittel der Fälle. Hinsichtlich der Verletzungen des Herzens selbst ist zu bemerken, daß der rechte Ventrikel am häufigsten in 39%, nächstdem der linke in 34% betroffen ist. Während die Ventrikelwunden oft nicht penetrierend sind und spontan heilen können, wird die dünne Wand der Vorhöfe stets durchsetzt. Auch die Verletzung einer Art. coron. ist nicht notwendig tödlich. Die Verletzung des Herzens kann momentan tödlich sein — vielleicht durch Reflexwirkung; des weiteren kann Verblutung eintreten, besonders in die Pleuren, schließlich, wenn die Wunde des Perikards dem Abfluß des Blutes nicht genügt, die sog. Herzbeuteltamponade den Herzmuskel lähmen. Wie oft Herzwunden spontan heilen können, ist schwer zu sagen: die Statistik gibt außerordentlich widersprechende Daten (Tassi 1% bei Durchbohrung des Muskels, 9% bei Wandverletzung; Laforgue 30%!). Die meisten Angaben bewegen sich zwischen 8—15%; doch bieten sie keine Gewähr bei fehlender Autopsie; aber auch zeitweilige Heilung schützt nicht vor Aneurysma und späterer Ruptur. Somit ist bei jeder Herzverletzung mit bedrohlichen Erscheinungen die Freilegung indiziert, und zwar trotz größter Dringlichkeit unter dem Schutze strenger Asepsis. Wichtig sind die Symptome des Hämoperikards: falls Pneumothorax fehlt, verbreiterte Herzdämpfung (das Herz liegt der Thoraxwand an!), kleiner, fast fehlender Puls, erweiterte Halsvenen, Cyanose, gedunsenes Gesicht, präkordialer und epigastrischer Schmerz, mitunter sehr dumpfe Herztöne. Blutung nach außen kann fehlen.

*

Wie man sich den Zugang zum Herzen verschafft, wird im wesentlichen von den Umständen abhängen; immerhin sind als Typen empfohlen der Ninni-Rotter'sche und ein U-förmiger sternaler Lappen nach Wehr; besteht nicht schon Pneumothorax, wird man ihn besonders durch diese Schnittführung zu vermeiden suchen. Der Herzbeutel wird breit, event. in T-Form gespalten, die Gerinnsel schnell entfernt. Man tut wohl daran, zu anästhesieren, weil beim Freiwerden der Herzbewegung auch fast Moribunde wieder zu Bewußtsein kommen; das Herz wird mit der vollen Hand oder Daumen und Zeigefinger herausgehoben, und die Verletzung so gut es eben geht — fortlaufend oder mit Knopfnähten, Seide oder Catgut, aber mit ängstlicher Vermeidung des Endokards — geschlossen. Auch die Brustwunde soll — wo möglich — geschlossen werden; bei Befürchtung unzureichender Asepsis sind Perikard und Pleuraraum gesondert zu drainieren. Für den von Mauclaire empfohlenen abdomino-diaphragmatischen Zugang zum Herzen hat G. nicht viel übrig.

Folgt zum Schluß die Zusammenstellung von 65 Krankengeschichten; vier weitere betreffen Fälle, wo die Naht nicht zu Ende geführt wurde.

Christel (Metz).

---

8) **R. S. Morris.** Dermoid cysts of the mediastinum.

(Med. news 1905. September 9.)

Verf. unterscheidet zwischen Cysten und soliden Teratomen des Mediastinum. Nur den ersteren gilt seine Betrachtung, von welchen er 57 Fälle aus der Literatur zusammenstellt.

Was die Ätiologie anlangt, so schließt er sich der Wilms'schen Verlagerungstheorie fötaler Gewebe an.

Das Alter der beobachteten Fälle variiert vom ersten bis zum 70. Lebensjahre; das zweite Dezennium ist mit 24 Fällen beteiligt. Die Größe der Geschwülste entspricht der einer Walnuß bis zu der eines Kindskopfes. Die Mehrzahl der Geschwülste liegt im vorderen Mediastinum und kann durch Wachstum von hier aus wandern. In beinahe der Hälfte der Fälle war die Cyste in einen Bronchus durchgebrochen, ferner je einmal in die Lunge, durch die Haut, in die Aorta, in das Perikard.

In 33 Fällen traten die Symptome paroxysmal auf und bestanden hauptsächlich in Dyspnoe, Brustschmerz und Beklemmung. Pleuraerguß war fünfmal zu konstatieren, Hämoptoe dreimal. Die Schmerzparoxysmen strahlen oft in Arme, Schultern, Hals und Kopf aus. Bricht eine Cyste in einen Bronchus ein, so kann aus Fettröpfchen, Cholestearinkristallen, Epithelzellen und Haaren eine präzise Diagnose gestellt werden.

Eine Tabelle über die Dauer der Erkrankung zeigt, daß in je einem Falle die Geschwulst 44, 24 und 13 Jahre bestand, während sie in 3 Fällen nur monatelang währte.

Die Geschwulst kann bilateral liegen. 13mal befand sie sich vorn zwischen der 2. und 6. Rippe. Komplikationen bildeten achtmal Pneu-

monie, sechsmal Lungentuberkulose. Um bösartige Geschwülste handelte es sich in 5 Fällen.

Dementsprechend ist die Prognose als ungünstig zu stellen. Doch wurde die Mortalität durch einen operativen Eingriff von 100% auf 30% reduziert. In 20 Fällen wurde operiert. 14 überstanden die Operation. Diese besteht in Eröffnung und Drainage der Cyste nach Resektion einer oder mehrerer Rippen. Eine Totalexstirpation ist wegen der vielen Verwachsungen unmöglich. Bei der Narkose muß die nie fehlende Bronchitis Berücksichtigung finden.

Hofmann (Karlsruhe).

---

9) **Ricard et Chevrier.** De la tuberculose et des stenoses du pylore.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 5.)

Es ist dies die erste zusammenfassende Besprechung, die obigem Thema zuteil wird, und darin liegt ihr Hauptwert. Zudem verfügen die Autoren über vier selbst beobachtete Fälle des selten beschriebenen Leidens, so daß ihnen eine verhältnismäßig große Erfahrung zu Hilfe kommt.

Die tuberkulösen Stenosen des Pylorus — abgesehen von denen, wo peritonitische Stränge oder Drüsenpakete oder beides den Pförtner einmauern — werden meist durch ringförmige Geschwüre gebildet, deren aufgeworfene Ränder die Lichtung verengern. Es entwickelt sich dann mehr oder weniger schnell das Bild der Pylorusstenose, wobei event. Schmerz und Geschwulstbildung zu beobachten sind. Erbrechen besteht schon frühzeitig als reaktionelles, später infolge von Stauung. Bilden sich gastroduodenale Fisteln, verschwindet dieser Typus wieder. Die Erscheinung der Steifung wird bei tuberkulöser Stenose bisher vermißt. Hinsichtlich der Diagnose halte man sich vor Augen, daß ganz primäre tuberkulöse Pylorusengen erst dreimal (unter 107 Magentuberkulosen) beobachtet sind. Meist dürfte man gleichzeitig andere Organe erkrankt finden, was auch beim runden Magengeschwür häufig der Fall ist. Während jedoch im allgemeinen die gutartige Stenose mit Verstopfung verbunden ist, sind bei der tuberkulösen diarrhoische Entleerungen die Regel. Daher meist auch rapider Verfall.

Der Behandlung ist kein dankbares Feld gegeben; die Pylorektomie ist entweder zu gefährlich, besonders da sie meist unvollständig sein würde, oder ganz unmöglich; man sieht sich entweder zur Jejunostomie — besonders bei Blutungen — oder zur Gastroenterostomie genötigt. Die Dehnung oder Plastik des Pylorus dürfte hier geradezu verfehlt sein.

Die Arbeit bringt noch eine Menge pathologisch-anatomischer und klinischer Einzelheiten, die bisherigen und 4 noch nicht veröffentlichten Fälle, die R. angehören — im ganzen 19 —, sowie ein Verzeichnis von 124 Literaturangaben. Somit kann sie als eine willkommene Bereicherung des chirurgisch-klinischen Bestandes betrachtet werden.

Christel (Metz).



10) **Monks.** Studies in the surgical anatomy of the small intestine and its mesentery.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

Anatomische Studien an der Leiche, um Merkmale zu finden, durch welche ein in der Bauchwunde erscheinendes Darmstück bezüglich seiner Zugehörigkeit zum Jejunum oder Ileum diagnostiziert werden könne. Die Resultate dieser Studien am Jejuno-Ileum sind in kurzem folgende: 1) Die Länge des Jejuno-Ileum beträgt im Durchschnitt 6—7 m, sie schwankt von 4,27—10,31 m. 2) Die Länge (Höhe) des Mesenteriums, gemessen vom hinteren Ansatzpunkte bis zum Ansatz am Darme, nimmt vom Duodenum nach abwärts bis 4 oder 5 Zoll zu, dann vermindert sie sich wieder. 3) Gewöhnlich liegen die den oberen Teilen angehörigen Darmschlingen auch in der oberen Bauchhälfte; eine dem ersten Teile des Jejunum angehörige Schlinge läßt sich bis zu einer $7^1/_2$ cm oberhalb der Pubes gelegenen Linie herabziehen. 4) Das Jejunum ist dickwandiger und reicher an Muskulatur und Valvulae conniventes, sowie an Blutgefäßen als das Ileum; dasselbe spielt bei der Verdauung eine größere funktionelle Rolle. 5) Das Mesenterium ist an seiner Wurzel flach, am Ansatzpunkt am Darme reich gefaltet, die Hauptfalten desselben gehen erst nach links, dann nach rechts, um nach der Iliacagegend und schließlich im Becken zu endigen. Die große Falte, die ins kleine Becken zieht, kann man mit der Hand erreichen, wenn man mit dieser über den Ileopsoas ins Becken geht, die Hand um ihre Achse nach aufwärts dreht und dabei eine Schlinge erfaßt. Diese Schlinge gehört immer dem letzten Teile des Ileum an; sie kann zum Aufsuchen der Appendix z. B. benutzt werden. 6) Wird eine Darmschlinge mit einem kurzen Mesenterium aufgebläht, so krümmt sie sich stark bogenförmig und dreht sich etwas um ihre vertikale Achse; eine mit längerem Mesenterium versehene aufgeblähte Schlinge bildet mehrere schlangenartige Windungen; das Mesenterium legt sich im letzteren Falle in mehrfache Falten, während das kurze Mesenterium prall gespannt bleibt. 7) Ein gedehntes gelähmtes Darmstück, welches mit Luft und Flüssigkeit oder halbflüssigem Inhalt gefüllt ist, entleert, wenn es an einer Stelle geöffnet wird, nur sehr langsam sein Gas, die Flüssigkeit gar nicht, da die letztere sich in den tiefsten Schlingen ansammelt und auch auf das Entweichen der Luft ventilartig einwirkt. Wird eine geblähte Darmschlinge angestochen, so entweicht ohne Peristaltik das Gas nur sehr langsam in Abständen. Auch durch eine eingeführte Röhre läßt sich nur ein sehr langsames Entleeren von Gas und Flüssigkeit erzielen, selbst durch Irrigation wird nicht viel erreicht. Ein derartiges Rohr besteht am besten aus Glas und es muß vorn ein gebogenes Ende haben mit einer Öffnung an der konkaven Seite. Trotzdem ist Vorsicht geboten, daß die Darmwand nicht durchstoßen wird. 8) Um zu entscheiden, welches das distale Ende ist, hält man den Darm mit beiden Händen parallel der Bauchwand hoch, und zwar so, daß das Netz oberhalb und unterhalb

keine Drehung macht; dann ist das obere Stück immer das proximale, das untere das distale. **Herhold** (Altona).

11) **F. v. Winckel.** Das Hervortreten von Darmschlingen am Boden des weiblichen Beckens.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 397. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1905.)

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Ausfallspforten für Darmschlingen am Boden des weiblichen Beckens und unterscheidet auf Grund dessen unter den Brüchen desselben die Hernia subpubica, die Hernia subtransversalis und die Hernia ischiadica. Die Bruchpforte der ersteren liegt hinter den Schambeinen zwischen den Mm. constrictor cunni, ischio-cavernosis und transversus perinei, der Austritt erfolgt seitlich unter dem Schambogen in das hintere Ende der großen Schamlippe; die Art. vesicalis sup. trennt die Pforte in eine obere und untere (Hernia subpub. sup. und inf.). Die Hernia subtransversalis perinei tritt zwischen M. levator ani und transversus perinei, da, wo die Art. pudenda communis sich in die Art. clitoridis und Art. transversa perinei teilte, hindurch; die Bruchpforte liegt am Damme zwischen dem Mastdarme, Steißbein und Tuber ischii, während die der Hernia ischiadica, welche an der Hinterbacke, vom Damm und Vulva seitlich entfernt, hervorkommt, im Foramen ischiadicum majus gelegen ist. — Von all diesen Brucharten, die, selten angeboren, meist nach Entbindungen oder in der Schwangerschaft auftreten, stellt v. W. die wenigen bisher beobachteten Fälle zusammen und fügt einige neue hinzu — 1 von Hernia subpubica cong. und 3 von Hernia subpubica bei Erwachsenen, in deren einem mit Hernia perinealis komplizierten er die Radikaloperation mit Erfolg ausgeführt hat. Dieser letztere Fall ist von besonderem Interesse. Es wurde zuerst die Laparotomie gemacht, um die Därme zu lösen und die Bruchpforte von oben zu schließen; doch waren jene mit dem Bruchsacke so verwachsen, daß dies unmöglich wurde und später die Operation von unten her versucht werden mußte. Der Bruchsack wurde gespalten, die Därme gelöst und reponiert, der Bruchsack von innen vernäht, die Haut reseziert und zunächst volle Heilung des Bruches erzielt. Später trat ein kleines reponibles Rezidiv der Hernia subpub. inf. ein, von dem die Pat. indes wenig belästigt wird. — Mehrere Abbildungen sind der Abhandlung beigegeben. **Kramer** (Glogau).

12) **W. H. White.** A study of 60 cases of membranous colitis.

(Lancet 1905. Oktober 28.)

Es liegt hier eine umfassende Abhandlung über die Colitis membranosa von maßgebender interner Seite vor; die zugrunde gelegten 60 Fälle sind eigene Beobachtungen Verf.s. Die klinischen Eigentümlichkeiten der Krankheit, die Vor- und Nachgeschichte, sowie die vom Verf. angewandte Therapie finden wir so eingehend erörtert, daß diese Arbeit fürderhin manchem als willkommene Richtschnur dienen dürfte. Nur das Wichtigste sei hier erwähnt: Die Krankheit trifft

man bei weitem am häufigsten in den oberen und Mittelklassen der Bevölkerung; Verf. sah 3—4 Fälle in derselben Zeit in der Hospitalpraxis, wie 60 in der privaten. Es handelte sich 51mal um weibliche und 9mal um männliche Pat. Am häufigsten wurde die Krankheit zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre, und hiervon wieder am häufigsten zwischen 30 und 40 Jahren beobachtet (22 Pat.). Da die Krankheit auch bei organischen Veränderungen des Darmes (Geschwülsten, Dysenterie usw.) vorkommt, so ist, bevor die Diagnose der idiopathischen Colitis membranosa gestellt wird, eine genaue Untersuchung des Darmes vorauszuschicken. Was die Prognose angeht, so ist die Krankheit an und für sich nicht tödlich; die in Verf.s Statistik gestorbenen 8 Pat. starben an interkurrenten Krankheiten. 50% der Fälle wurden wieder hergestellt, ein weiterer Teil, 10—12%, gebessert, ca. 37% blieben ungeheilt. Alle als geheilt vom Verf. angenommenen Fälle wurden ein Jahr nach abgeschlossener Behandlung noch als gesund konstatiert. Was den Symptomenkomplex der Krankheit angeht, so beobachtete Verf. neben den typischen Membranen und dem meist harten und nicht selten hellgefärbtem Stuhl bei den schweren Fällen auch Abgänge von Sand, dessen Analyse neben 33,5% organischer Bestandteile ca. 50% anorganischer, und zwar besonders Kalziumoxyd, Phosphorpentoxyd und Kohlensäure ergab. Subjektiv klagten die Pat. über Verstopfung und fast durchweg über Schmerzen, seien es nun gleichmäßige, dauernde, dumpfe Schmerzen oder krampfartige Drangschmerzen die durch Stuhlentleerung gelindert wurden. Durch das fortwährende Drängen war in drei Fällen Enteroptose und in fünf rechtsseitige Wanderniere eingetreten. Recht häufig (in 41%) waren gleichzeitige Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane nachzuweisen, achtmal war der Wurmfortsatz erkrankt, zweimal bestand vorher Icterus catarrhalis, einmal Magengeschwür. Fast alle Pat. — und darin stimmt Verf. mit allen anderen Autoren überein — waren nervöse, neurasthenische, hypochondrische, hysterische Personen; es ist diese Tatsache, verbunden mit dem meist negativen Ergebnis der postmortalen Darmuntersuchung, die Ursache, daß das Leiden vielfach als rein nervöses gedeutet, und z. B. von Ewald als Myxoneurosis bezeichnet wurde. Verf. ist indessen der Ansicht, daß es sich um eine lokale Dickdarmerkrankung handelt, und er hält die nervösen Störungen für sekundär; »wie leicht wird z. B. auch ein Magengeschwür als nervöse Dyspepsie gedeutet«.

Die Behandlung betreffend tritt Verf. der heute von chirurgischer Seite vielfach vertretenen Ansicht entgegen, die eine möglichst frühzeitige Kolostomie empfiehlt. Er ist für interne Behandlung, und zwar hauptsächlich mit Rizinusöl (event. Magn. sulfur. oder Kalomel), Darmauswaschungen usw. Die Kur ist nach Verf.s Ansicht am besten in Plombières durchzuführen. Nur in ganz verzweifelten Fällen, wo nach Monaten mit inneren Mitteln noch nichts erreicht ist, ist eine rechtsseitige Kolostomie oder ein Kurzschluß des Darmes mit Ausschließung des Dickdarmes zu machen.

Es bleibt dabei immer zu bedenken, daß die nervösen und hypochondrischen Pat. eine oft sehr lange offen zu haltende Darmfistel noch übler empfinden könnten, als ihren früheren Zustand.

Eine Literaturangabe über die Krankheit fehlt in dieser sonst sehr umfassenden und lesenswerten Arbeit.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

13) **Naunyn.** Zur Naturgeschichte der Gallensteine und zur Cholelithiasis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

Aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen auf diesem Gebiet erörtert N. einige besonders wichtige Punkte.

Zunächst schickt er eine Bemerkungen über die Cholagoga voraus. Gleichgültig, ob man durch Behandlung der die Cholelithiasis komplizierenden Infarkte die gestörte Latenz wiederherstellen oder die Steine lösen will, es kommt alles darauf an, den Gallenstrom anzutreiben, die Gallengänge zu spülen, und so sucht man alles Heil in den »Cholagogis«. Dazu genügt aber nicht nur Herbeiführung vermehrter Gallensekretion, sondern auch Überwindung des Schließmuskels, der dem Ausfluß der Galle einen starken Widerstand entgegensetzt. Mittel, diesen Sphinkter willkürlich in Erschlaffung zu versetzen, besitzen wir nicht. Danach versprechen die »Cholagoga« selbst bei normalem Zustande der Gallenwege von vornherein nicht viel.

1) Wenn bezüglich der nicht chirurgischen Behandlung die Mehrzahl der Autoren auch darüber einig ist, daß nur eine Latenz der Steine zu erstreben und zu erreichen sei; so kommen doch immer wieder Mittel auf den Markt, welche angeblich die Steine lösen sollen. Nun sind von den Bestandteilen der Gallensteine der Bilirubinkalk und die anorganischen Kalksalze in Galle unlöslich, während Cholestearin gelöst wird. Es ist also nicht zu bezweifeln, daß Cholestearinsteine sich in der Galle allmählich lösen können. Tierexperimente und Untersuchungen, welche N. an ca. 1000 Fällen von Gallensteinfunden bei Obduktionen machen konnte, beweisen das. Allein für die Gestaltung und Heilung des Gallensteinleidens hat das kaum eine Bedeutung; denn dabei ist die Motilität der Blase sehr beeinträchtigt, und die Galle ist infolge des Katarrhs mit Cholestearin überladen.

2) Von den Röntgenstrahlen erwartet N. keine sehr wesentliche Förderung der Diagnostik der Gallensteine, da Cholestearin für diese Strahlen sogar durchlässiger ist als dicke Galle; nur die seltenen sehr kalkreichen Steine geben einen deutlichen Schatten.

3) N. bringt neue Beobachtungen bei, welche die akute Entstehung von Gallensteinen, d. h. in Tagen oder Stunden, sehr wahrscheinlich machen. Es handelt sich dabei nicht um Cholestearinsteine von festem, kristallinischem Gefüge, sondern weiche Konkremente ohne Schale, die aus amorphem Bilirubinkalk und Cholestearin mit Einlagerung kalkiger Schollen bestehen. Auch plötzliche Vergrößerung eines schon vor-



handenen Steines kann auf diese Weise zustande kommen, wobei bisweilen so merkwürdige Gebilde entstehen, wie Einschluß eines Steines in einer viel weiteren Schale, in welcher er hin und her bewegt werden kann.

Den Schluß der Abhandlung bilden Bemerkungen zur speziellen Diagnostik der Gallensteine. **Haeckel** (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg.)

Beitrag zur Röntgentherapie der Hautsarkome.

Von

Dr. **Albers-Schönberg.**

Die verhältnismäßig geringe Anzahl von Publikationen über erfolgreiche Behandlung der Hautsarkome mit Röntgenstrahlen mögen die Veröffentlichung dieses kasuistischen Beitrages zur Röntgentherapie rechtfertigen.

Pat. L., Reisender[1], 44 Jahre alt, wurde am 30. August 1905 im Allgemeinen Krankenhause St. Georg aufgenommen. Außer einem Bronchialkatarrh und einer gonorrhoischen Infektion vor 18 Jahren hat Pat. nie Krankheiten durchgemacht. Der Vater ist an Lungenschwindsucht, die Mutter an Cholera gestorben. Acht Geschwister sind früh gestorben, drei Brüder leben und sind gesund. Pat. ist seit 1888 verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Ca. 4—5 Monate vor der Aufnahme in das Krankenhaus bildeten sich in der Mitte des Rückens mehrere quaddelartige Erhebungen, die weder juckten noch schmerzhaft waren. Die Quaddeln trockneten angeblich ein, bildeten sich aber höher hinauf wieder neu. Seit 3 Monaten entstanden aus diesen Hauterhebungen zwei größere Geschwülste, die vor 2 Monaten aufgebrochen sind.

Pat. ist ein großer, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Die inneren Organe sind sämtlich normal. Am Rücken, oberhalb des Kreuzbeines, etwas nach links von der Mittellinie, befinden sich zwei ca. 5markstückgroße Tumoren, die im Zentrum eitrig zerfallen sind, während die Peripherie wallartig erhaben ist. Rechts unten davon eine ca. 2markstückgroße, indolente, über das Niveau der Umgebung etwas erhabene Infiltration. Eine gleiche befindet sich oberhalb der exulzerierten Stellen (s. Fig. 1).

Ein zwecks histologischer Untersuchung exzidiertes Stückchen wird vom Prosektor Dr. Simmonds als kleinzelliges Rundzellensarkom erkannt.

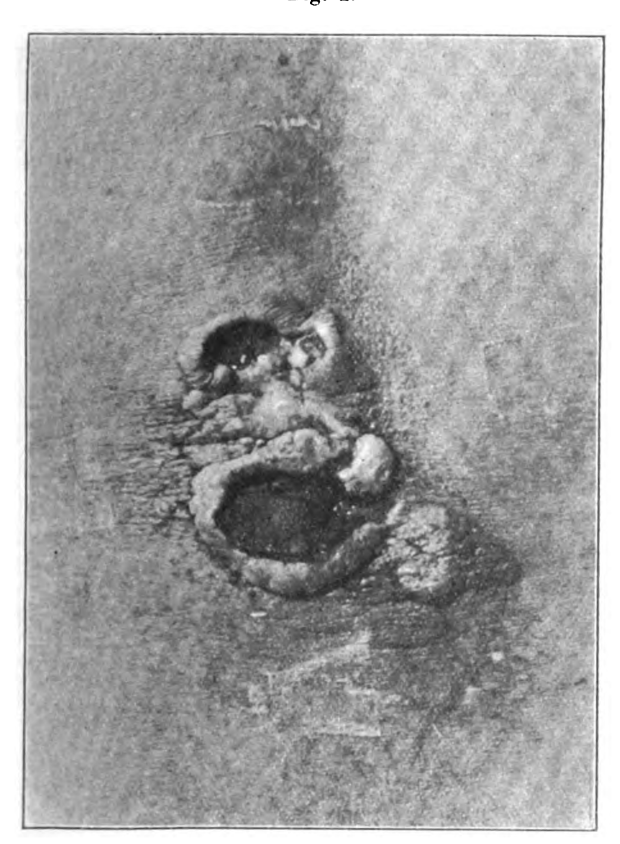
Nach einem kurzen, erfolglosen Versuche mit Arsenikinjektionen und lokalen Verbänden wird Pat. dem Röntgeninstitut zur Behandlung überwiesen.

Die therapeutischen Bestrahlungen fanden in der Weise statt, daß der Kranke in Bauchlage gebracht und entsprechend der in Nr. 44 1904 d. Bl. angegebenen Technik ein 16 cm langer Kompressionszylinder von 12 cm Durchmesser auf die erkrankte Partie gesetzt wurde. Die untere Zylinderapertur umfaßte vollständig die Geschwulst und gewährte die Möglichkeit einer gleichmäßigen Bestrahlung derselben. Es kam eine mittelweiche Müller'sche Wasserkühlröhre von einem Härtegrade, wie man ihn zur Erzielung guter Strukturaufnahmen vom Knie bei einer Expositionszeit von 1½—2 Minuten zu benutzen pflegt, in Anwendung (W. 5—6). Die Röhre wurde voll belastet, wie dieses auch bei den genannten Aufnahmen erforderlich ist.

[1] Vorgestellt im Ärztlichen Verein Hamburg am 31. Oktober 1905.



Fig. 1.



Bestrahlungstabelle.

Datum		Dauer der Einzelexpositionen Fokus-Hautdistanz 30 cm	
1905.	12. September	6 Minuten	Härtegrad W. 5—6
	13. »	6 »	
	14. »	6 »	
		4 Tage Pause	
	18. »	6 Minuten	Härtegrad W. 5—6
	19. »	6 »	
	20. »	6 »	
		11 Tage Pause	
	2. Oktober	4 Minuten	Härtegrad W. 5—6
	3. »	4 »	
	acht Sitzungen	44 Minuten Gesamtexposition.	

Vorgestellt zur Revision am 23. November 1905; rezidivfrei.

Die Fokus-Hautdistanz 30 cm war eine konstante. Die Tabelle ergibt die Zahl und Dauer der Sitzungen. Eine reaktive Rötung trat nicht ein. Dagegen stellte sich 30 Tage nach Beginn der Behandlung eine leichte Braunpigmentierung der bestrahlten Hautpartie ein. Diese Verfärbung nahm in der Folgezeit mehr und mehr zu und ist bis auf den heutigen Tag, nachdem bereits völlige und seit 3 Monaten rezidivfreie Heilung erzielt ist, ziemlich konstant geblieben. In Fig. 2 erkennt man trotz der Mangelhaftigkeit der Reproduktion diese Pigmentierung sehr deutlich.

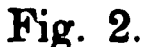
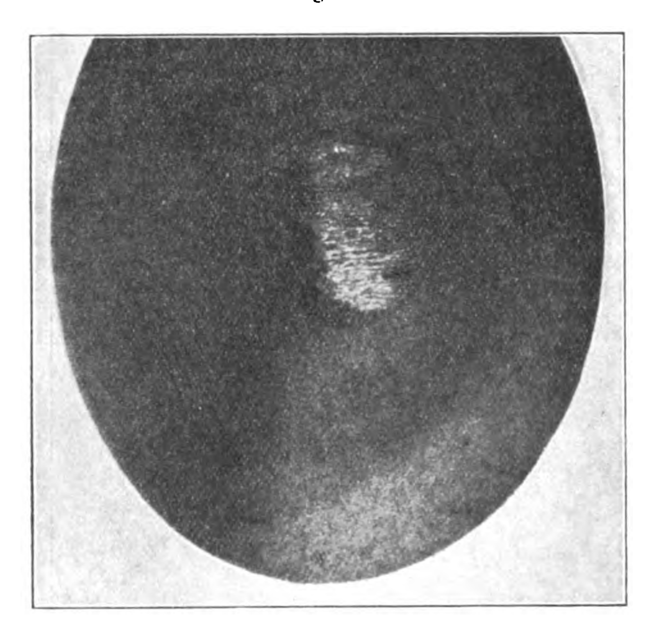


Fig. 2.



Die Figur zeigt die Geschwulststelle nach der Abheilung. Die ursprünglich wallartigen Ränder sind völlig geschwunden, nur einzelne tief pigmentierte, die eigentliche Narbe umgebende Hautpartien erinnern an ihr ehemaliges Vorhandensein. Die ursprünglich geschwürige Fläche hat sich mit einer zarten, rötlich-weißen Haut bedeckt, welche in Fig. 2 sehr deutlich zu erkennen ist. Auch die unter der gesunden Haut gelegenen, quaddelartigen, nicht ulzerierten Erhebungen sind vollkommen verschwunden.

Der Heilverlauf war ein außerordentlich schneller. Schon nach zwei bis drei Sitzungen konnte man eine Abflachung der Geschwulstränder konstatieren. Die Geschwüre reinigten sich und begannen sich zu verkleinern. Sobald erkannt worden war, daß die Erkrankung des Pat. prompt auf Röntgenstrahlen reagierte, wurde für die Zukunft der Plan, mit einer möglichst geringen Bestrahlungsdauer auszukommen, gefaßt. Im ganzen waren 44 Expositionsminuten erforderlich, um die Geschwulst vollständig und dauernd zu entfernen. Da bis jetzt kein Rezidiv aufgetreten ist, so halte ich mich für berechtigt, den Pat. für völlig geheilt zu erklären. Es wäre vielleicht gelungen, die Zahl der Expositionsminuten noch mehr herunter zu setzen, jedenfalls wäre dieses bei näherem Röhrenabstande zu erreichen gewesen. Um indessen vor stürmischen reaktiven Erscheinungen der gesunden Hautpartien nach Möglichkeit gesichert zu sein, ziehe ich es vor, bei derartigen Bestrahlungen nicht näher als 30 cm Fokusdistanz an die Haut des Pat. heran zu gehen. Sehr wesentlich für den guten und schnellen Erfolg einer solchen Therapie ist jedenfalls die Qualität der Röntgenröhre, von welcher zu verlangen ist, daß sie

während der Dauer der Exposition den richtigen Härtegrad (W. 5—6) unabänderlich festhält. Daß dieses im vorliegenden Falle geschehen ist, konnte ich durch Kontrolle mittels der Walter'schen Härteskala feststellen.

Ich verfehle nicht, an dieser Stelle auf die ausführliche Arbeit von Kienböck, welcher die bis jetzt publizierten Fälle von geheilten Sarkomen zusammenfaßt und kritisch behandelt, hinzuweisen[2].

Die Sarkome der Haut sind ja glücklicherweise selten. Sie geben, wie wir aus der Kienböck'schen Arbeit ersehen, und wie ich persönlich auch bei einem zweiten Falle[3] zu beobachten Gelegenheit hatte, ein vorzügliches Objekt für die Röntgenbestrahlung. Ganz im Gegensatze zum Karzinom und zum Lupus kann man wohl sagen, daß eine Heilung der Hautsarkome mit Röntgenstrahlen in kurzer Zeit mit ziemlicher Sicherheit garantiert werden kann.

---

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

150. Sitzung am 13. November 1905.

Vorsitzender: Herr Körte.

1) Herr Körte stellt vor der Tagesordnung einen Fall von ausgedehntem traumatischem Defekt des rechten Ohres vor, den er durch einen Knorpelstützlappen aus dem linken Ohr und einen Lappen von der behaarten Kopfhaut gedeckt hat.

2) Herr Brentano: Erfahrungen bei Gelenkschüssen im russisch-japanischen Kriege.

B.'s Erfahrungen liegen 28 Fälle zugrunde, die er mit Rücksicht auf Verlauf und Behandlung einteilt in infizierte und nichtinfizierte; 12 = 40% waren infiziert; diese stammten ohne Ausnahme aus den Schlachten bei Mukden, nach welchen sich Transport und erste Hilfe der Verwundeten unter besonders ungünstigen Verhältnissen vollzogen und Infektionen erheblich häufiger als sonst waren. Von den 16 nicht infizierten Gelenkschüssen entfallen je drei auf Knie-, Fuß-, Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk, einer auf das Hüftgelenk. Alle bis auf einen waren Fernschüsse mit dem japanischen 6,5 mm-Infanteriegewehr; sie hatten kleine Ein- und Ausschußwunden, und die Knochen waren nicht gesplittert, sondern glatt durchschlagen oder nur seitlich rinnenförmig verletzt; zuweilen schien auch nur die Kapsel beteiligt; sie heilten rasch unter aseptischen fixierenden Verbänden. Nur einmal war eine Arthrotomie nötig zur Entfernung eines Vollmantelgeschosses aus dem Hüftgelenke, wo es stecken geblieben war und schwere Symptome von Koxitis hervorgerufen hatte. Ein einziger nicht infizierter Nahschuß, der das Handgelenk zerschmettert hatte, erforderte die Resektion und wurde mit Erhaltung der Hand zur Heilung gebracht.

Die 12 infizierten Gelenkschüsse betrafen 6mal das Kniegelenk, je 2mal Schulter- und Hüftgelenk, je 1mal Ellbogen- und Handgelenk; vorwiegend waren sie Fernschüsse durch Infanterie- oder Schrapnellgeschosse. 1mal lag eine Verletzung durch eine Handgranate vor, bei der wegen Zerschmetterung des Handgelenkes und Unterarmes die Amputation nötig war; Pat. starb 2 Tage darauf an schon vorher akquiriertem Tetanus. Zur Behandlung empfiehlt B. breite Inzisionen und Fixierung des verletzten Gliedes im großen gefensterten Gipsverbande, zu dessen Verstärkung er sich mit Vorteil der Palmblätter[1] bedient hat, Resektionen wurden selten nötig, vor allem beim Hüftgelenke, das sich durch große Einschnitte nicht gut freilegen läßt. Primäre Amputationen sind nur dann nicht zu umgehen, wenn zugleich schwere Weichteil- und Knochenverletzungen vorliegen; sekundär

---

[2] Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 5.

[3] Vorgestellt auf dem Röntgenkongreß in Berlin 1905. Siehe Verhandlungen desselben.

[1] Die Palmblätter sind von Herrn Sanitätsrat Hantel in Elbing in die Praxis eingeführt worden.

werden sie nötig, wenn sich osteomyelitische Prozesse in den verletzten Knochen entwickeln oder progrediente Phlegmonen durch Inzisionen nicht zum Stillstande kommen. Von den 12 infizierten Gelenkschüssen wurden 8 durch breite Inzisionen, 2 durch Resektionen zur Heilung gebracht, während von 2 Amputierten 1 an Tetanus starb.

Diskussion. Exz. v. Bergmann meint, daß primäre Infektion durch die Verwundung selbst sehr selten ist, daß sie vielmehr meist erst durch Verband, Transport usw. zustande kommt. Ein Geschoß im Gelenk ist an sich keine Indikation zur Operation. Mit Resektionen an infizierten Gelenken soll man sehr freigebig sein, dadurch wird man Amputationen vermeiden können.

Herr v. Oettingen warnt vor übertriebener Anwendung des Gipsverbandes in der Front, weil zu häufig ein schlechter Verband angelegt wird — infolge mangelnder Technik oder zu ungünstiger äußerer Umstände — und dann weit schlechter ist als ein Schienenverband. Für die Behandlung infizierter Kniegelenksschüsse stellt er als Norm auf: ist die Patella nicht zerschossen, so mache man seitliche Eröffnung des Gelenkes und einen fixierenden Verband; wenn nach 24 Stunden nicht das Fieber geschwunden ist, soll man die Patella durchsägen; nach abermals 24 Stunden, wenn noch Fieber besteht, soll man resezieren. Bei zerschossener Patella ist breit zu öffnen, nach 24 Stunden bei anhaltendem Fieber zu resezieren.

3) Herr Körte:

a. Krankenvorstellung.

K. stellt zwei Fälle von Trigeminusneuralgie vor, bei denen er das Ganglion Gasseri exstirpiert hat, vor $2^1/_2$ bzw. $^1/_2$ Jahr; beide sind geheilt.

b. Über Magenoperationen (Krankenvorstellungen und Demonstrationen).

K. berichtet zunächst von seinen Erfahrungen über die Operationen bei kallösem Magengeschwür.

Die Exzision ist vor allem durch die Blutung sehr erschwert, die Lösung des Magens von Leber und Pankreas kann schwierig werden. Die Lochränder im Magen weichen nach der Exzision stark auseinander; es ist daher empfehlenswert, gleich während des Ausschneidens Situationsnähte zu legen. Die prinzipielle Resektion ist nicht anzuraten.

Es wird zunächst ein junges Mädchen vorgestellt, bei welchem ein mit dem Pankreas und der Leber verwachsenes kallöses Geschwür durch einen mühsamen Eingriff exzidiert, der Magendefekt sodann vernäht wurde. Da das Magenlumen an der Nahtstelle verengert war, wurde die Gastroenterostomia posterior hinzugefügt. Die Pat. hat sich seit der Operation (vor 8 Monaten ausgeführt) sehr erholt.

Bei einem Pat. mit Cholelithiasis und Magenbeschwerden wurde zunächst die steinhaltige, stark verwachsene Gallenblase entfernt. Der Pylorus und das Duodenum waren Sitz eines kallösen Geschwüres, dessen Ausdehnung von einer Mageninzision aus festgestellt wurde. Da die Resektion nicht tunlich war, wurde die Pylorusausschaltung und Gastroenterostomia posterior ausgeführt mit gutem Erfolge.

c. Sodann stellt K. eine Pat. vor, welche wegen Dilatatio ventriculi und Gastroptose zur Behandlung kam. Die große Kurvatur stand 3 cm unterhalb des Nabels, oberhalb der kleinen Kurvatur konnte das Pankreas getastet werden. Bei der Operation — Gastroenterostomia posterior — konnte festgestellt werden, daß eine Pylorusstenose nicht bestand. Infolge der Gastroptose kam eine Abknickung am Pylorus zustande, welche zur fortschreitenden Dilatation geführt hatte.

Bei dem vierten Pat. war vor 3 Jahren wegen narbiger Pylorusstenose eine Gastroenterostomia posterior mit Enteroanastomose gemacht worden. Im Sommer d. J. kam Pat. wegen akuter Wurmfortsatzentzündung ins Krankenhaus, welche mittels Frühoperation am 2. Krankheitstage geheilt wurde. Schon damals bestanden wieder Magenbeschwerden, welche sich im Herbst zu andauerndem Erbrechen steigerten. Es wurde infolgedessen der Leib nochmals geöffnet und das

Mageninnere von einem kleinen Einschnitt aus abgetastet. Der Pylorus war nicht durchgängig und die vor 3 Jahren angelegte Verbindung zwischen Magen und Jejunum war bis auf eine sondenknopfstarke Öffnung zusammengezogen. Von der Enteroanastomose ließ sich nichts mehr nachweisen, und ferner war die Gastroenteroanastomosenöffnung, welche 2—3 Querfinger entfernt vom Kolon angelegt worden war, ganz nahe an das Querkolon herangezogen worden. Diese Veränderungen sind nur durch neue Ulzerationsvorgänge im Magen zu erklären. Die Operation war damals mittels zweireihiger Naht ausgeführt worden. Durch eine Gastroenterostomia anterior wurde eine weite Verbindung zwischen Magen und Darm hergestellt.

d. Danach stellt K. zwei Pat. vor, bei denen kürzlich wegen Karzinom die Magenresektion nach Billroth I gemacht worden war. Bei beiden war das Karzinom höchst wahrscheinlich auf dem Boden eines Ulcus ventriculi entstanden (schon lange Vorbeschwerden). In dem einen Falle war die Resektion verbunden mit der Exstirpation eines eigroßen Drüsenpaketes neben dem Pylorus, welches von den Mesenterialgefäßen abgetrennt werden mußte, ohne Störung der Darmzirkulation. Bei beiden Pat. erfolgte glatte Heilung.

Bei einem dritten Pat., welcher gleichzeitig wegen Magenkarzinom operiert wurde, trat zwar ungestörte Heilung der Wunde ein, die Kachexie ging jedoch, trotz reichlicher Ernährung, vorwärts und führte 4 Wochen p. op. zum Tode. Es wird das Präparat der geheilten Magenresektion (Billroth I) demonstriert. Metastasen wurden bei der Sektion nicht gefunden.

e. Zum Schluß bespricht K. zwei Fälle von Operation der Pankreatitis acuta. Der erste ist ein Pat., der an Erscheinungen von Cholelithiasis litt und unter den typischen Symptomen der Pankreatitis erkrankte — Kollaps, peritonitische Reizung, Erbrechen, starke Schmerzen in der Oberbauchgegend. Die Fortleitung der Entzündung von der Gallenblase auf das Pankreas ist wahrscheinlich. Der zweite Fall betrifft einen 35jährigen Mann, der unter der Diagnose Ileus geschickt wurde. Die Diagnose ließ sich auch in diesem Falle aus den charakteristischen Symptomen und der Palpation eines querverlaufenden Tumors im Epigastrium stellen.

Die Operation führte in beiden Fällen zur Heilung. Es fand sich ausgedehnte Fettgewebsnekrose im Netz und um das Pankreas, sowie ein trübseröses Exsudat. Bei dem einen Pat. wurde die steinhaltige Gallenblase mit entfernt; beidemal wurde die Gegend des Pankreas durch Gummiröhren und Jodoformgaze drainiert.

4) Herr Brentano: a. Dermoid des Mundbodens.

Bei einer seit 4 Jahren bestehenden, mehrfach vom Mund aus inzidierten fistulösen, eitrige stinkende Massen entleerenden Geschwulst des Mundbodens eines 28jährigen Mannes operierte B. zuerst von einem Schnitt in der Submentalgegend unter Annahme einer vereiterten Speichelcyste; Glandula und Ductus sublingualis waren intakt; oberhalb und nach hinten von ihr fand sich eine derbwandige Geschwulst. Inzision derselben und Entleerung von stinkendem Detritus. Drainage, Tamponade. Schon nach 2 Monaten bestand ein Rezidiv. Bei der zweiten Operation Spaltung der Unterlippe bis zum Zungenbein und des Unterkiefers in der Mittellinie; Exstirpation einer pflaumengroßen Geschwulst aus der Zungenmuskulatur, die keinen Zusammenhang mit Zungenbein oder Kiefer erkennen ließ und sich als Dermoid erwies. Silberdrahtnaht des Kiefers; 8 Wochen später Entfernung des Drahtes, der zur Entstehung einer Fistel geführt hatte; rasche Heilung. Jetzt ist der Unterkiefer fest, die Zunge frei beweglich, die Narbe sehr wenig entstellend. (Vorstellung.)

Diskussion. Herr Coenen: In 5 Jahren sind in der v. Bergmann'schen Klinik drei Dermoide am Mundboden beobachtet, einer in der Poliklinik. Alle wurden mit Submental- oder Submaxillarschnitt operiert.

b. Fall von Lungenaktinomykose.

24jähriger Mann hatte 1901 Lungenentzündung, vermutlich als erstes Symptom der Aktinomykose, war seitdem kränklich. August 1904 Schmerzen in der linken



Brustseite und Auftreten einer Geschwulst daselbst, deren Punktion Aktinomycesdrusen ergab; hinten links, von der Mitte der Scapula abwärts, Schenkelschall, abgeschwächtes Atmen, Rasselgeräusche; links seitlich vorn Rötung, beginnender Durchbruch. Resektion der 8., 9., 10. Rippe von der Mammillarlinie bis zur mittleren Axillarlinie. Lunge mit Zwerchfell verwachsen, in feste Schwarten eingebettet, geschrumpft, zeigt nirgends Krankheitsherde. Inzision, Auskratzung, Kauterisation. Danach reichliche eitrige Sekretion aus der Wunde, lange unregelmäßiges Fieber. Jodkali. Nach 2 Monaten mit granulierter Wunde entlassen. Jetzt, nach 1 Jahre, hat Pat. 20 Pfund zugenommen, sieht wohl aus, ist frei von Schmerzen. Dämpfung über dem linken Unterlappen und abgeschwächtes Atmen. In der Mitte der Narbe hatte sich wieder ein kleiner Abszeß gebildet, der ausgekratzt wurde; er führte nicht in die Tiefe. Vorstellung.

Diskussion. Herr Karewski hat vier Fälle operiert, davon sind zwei gestorben; das ungünstige Resultat liegt daran, daß die Fälle zu spät zur Behandlung kommen. Bei frühzeitig einsetzender Behandlung ist die Lungenaktinomykose heilbar.

Herr Israel erwähnt einen Fall, der wegen der Erscheinungen einer Brachialneuralgie mit Jodipin behandelt wurde. Nach mehreren Monaten entwickelte sich ein sehr ausgedehntes subkutanes Emphysem.

Herrn Körte's Fälle sind alle gestorben.

c. Fall von Pankreatitis acuta.

Der 40jährige beleibte Mann, der im Sommer 1903 an stechenden Magenschmerzen mit Salivation litt, magerte danach ab, hatte schlechten Appetit bei geregeltem Stuhl. Im November 1903 Leibschmerzen, besonders links unten, später Erbrechen; keine Stuhlverhaltung. Weiterhin Meteorismus, allgemeine Druckempfindlichkeit, besonders im linken Hypochondrium. Im Urin Spuren Eiweiß, kein Zucker. Allmählich entstand unter remittierendem Fieber eine handtellergroße Dämpfung über dem linken Rippenbogen (Bursaexsudat), eine Dämpfung über den untersten linken Lungenabschnitten und eine schmerzhafte Resistenz in der linken Lumbalgegend. Diagnose: retroperitoneale Eiterung infolge von Pankreasnekrose. Bei der Probepunktion Aspiration von Fettgewebsnekrosen. Am 8. Dezember 1903 Lumbalschnitt, Freilegung des retroperitonealen Raumes; Fettgewebe ödematös, mit Nekrosen durchsetzt; Tamponade. Unter starker Eiterung stießen sich bis fingergliedlange nekrotische Pankreasfetzen ab. Infolge der langen Drainage eine Kolonfistel, die operativ geschlossen wurde. Im Mai 1904 Entlassung. Vorstellung des bis auf einen Bauchbruch völlig gesunden Pat., Urin frei von Zucker und Eiweiß.

5) Herr Nordmann: a. Exstirpation des Larynx und Pharynx wegen Karzinom.

Bei dem 48jährigen Manne war die Epiglottis in einen harten Tumor verwandelt, der den Einblick in den Larynx unmöglich machte; dicht oberhalb der Epiglottis war im Pharynx ein gewulsteter harter Knoten zu fühlen; beiderseits längs der Kopfnicker harte verschiebliche Drüsen. Geh.-Rat Körte exstirpierte nach Gluck's Methode den Larynx unter Einnähung der Trachea im Jugulum, enukleierte die Drüsen, exzidierte mehrere Karzinomknoten aus der Zungenwurzel und schloß die Wunde bis auf einen kleinen Defekt an der Vorderfläche. Prima intentio der genähten Wunde; 3 Wochen danach Schluß des Defektes durch Lappenverschiebung und Anfrischung der Ränder. Dann schnelle Gewichtszunahme. Jetzt, $^1/_2$ Jahr post op., ist das Schlucken beschwerdefrei, die Flüstersprache gut vernehmlich. Demonstration des gut genährten Pat. Im Präparate sieht man jederseits am Kehlkopfeingange mehrere harte, polypöse Tumoren, sowie rechts in der Schleimhaut des Larynx einen Knoten. Mikroskopische Diagnose: Pflasterzellenkarzinom, Drüsenmetastasen.

b. Operierte Dermoidcyste des Mediastinum.

Der 14jährige, elende Knabe hatte seit 10 Wochen Stiche in der linken Brustseite. Befund: Vorwölbung der linken Thoraxvorderfläche, Dämpfung von der

Clavicula zur Herzdämpfung, von der Axillarlinie zum rechten Sternalrande, fehlendes Atemgeräusch. Punktion ergab schokoladenbraune, fettreiche Flüssigkeit ohne Bakterien. Diagnose: Dermoidcyste. Geh.-Rat Körte legte sie durch einen großen Schnitt unter Resektion der 2. und 3. Rippe frei und inzidierte sie, wobei sich Haare, Detritus usw. entleerten. Der Versuch, die kindskopfgroße Cyste zu exstirpieren, scheiterte an den festen Verwachsungen und starken Blutungen. Die Balken wurden durchtrennt und einige Knollen der Innenfläche abgetragen. Drainage, Tamponade. Tagelanger Kollaps, der durch Infusionen überwunden wurde. Allmähliche Verkleinerung der Höhle, in der noch mehrfach Knollen mit dem Glühmesser abgetragen wurden. Jetzt, 11 Monate post op., besteht eine gänseeigroße, muldenförmige Wunde, die später durch einen Hautlappen gedeckt werden soll. Demonstration des gut genährten Pat. und mikroskopischer Präparate, die ein bigerminales Dermoid zeigen.

6) Herr Immelmann: Erkrankungen des Hüftgelenkes im Röntgenbilde.

An der Hand einer großen Reihe von Röntgenbildern zeigte I., daß es möglich ist, fast sämtliche Erkrankungen des Hüftgelenkes durch das Röntgenbild darzustellen. Er demonstrierte Bilder von Coxa vara, Coxa valga, einseitige und doppelseitige Hüftgelenksluxationen, zentrales Gumma, Paget'sche Erkrankung, Coxitis tuberculosa im Anfangs- und im vorgeschrittenen Stadium, Arthritis deformans, Osteoarthritis deformans juvenilis und Fractura colli femoris.

Richard Wolff (Berlin).

---

15) **Holzknecht und Kienböck.** Eine einfache Modifikation der Kompressionsblende.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Verff. konstruierten — wie viele andere — eine Modifikation der von Albers-Schönberg erdachten Kompressionsblende, da letztere sehr kostspielig und kompliziert sei. Das neue Modell schließt sich an die Wiesner'sche Blende an, unterscheidet sich von ihr vor allem durch die Möglichkeit einer Drehung des Zylinders um zwei Achsen und der Verlängerung des Querarmes, ferner durch Trennung der Bleiplatte und des Zylinders. **Gaugele** (Zwickau).

16) **Schellenberg.** Eine Röntgentrommelblende.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. konstruierte einen Blendenkasten für Röntgenröhren, der an einem Drahtseilgewinde leicht verstellt werden kann und vollkommenen Schutz gegen die Strahlenwirkung bietet. Beachtenswert ist der verhältnismäßig niedere Preis von 75 ℳ; übrigens kann jeder geschickte Handwerker den Kasten anfertigen. Die näheren Angaben sind im Originale nachzulesen. **Gaugele** (Zwickau).

17) **Cramer.** Über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Seine Erfahrungen an sechs Fällen faßt C. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Krankheit ist um so leichter zu beeinflußen, je kürzer sie besteht.

2) Bei der myeloiden Leukämie ist es möglich, die Allgemeinstörungen zu beseitigen, den Blutbefund und die Milz bis fast zur Norm zu bringen, und zwar brauchen die Fälle mit Drüsenschwellung und Knochenschmerzen längere Bestrahlungsdauer als die Fälle ohne diese Erscheinungen.

3) Bei der lymphatischen Leukämie, die viel längere Bestrahlungsdauer wie die myeloide erfordert, gelingt es zwar, die Allgemeinstörungen zu beseitigen, die Milz und vielleicht auch die Lymphdrüsen zur Verkleinerung, die Leukocytenzahl der Norm nahezubringen, doch scheint eine wesentliche Beeinflussung der Verhältniszahlen der Leukocytenformen nicht möglich zu sein.

4) Bei beiden Leukämieformen tritt zuerst die Besserung des Allgemeinbefindens ein, dann Verminderung der Leukocyten und Rückbildung der Milz und Lymphdrüsen.

5) Von einer Heilung der Krankheit kann verläufig in keinem der Fälle gesprochen werden, doch ist zum mindesten anzunehmen, daß bei ständiger Beobachtung der Pat. und rechtzeitiger, event. notwendiger Fortsetzung der Bestrahlung das Leben auf Jahre hinaus verlängert werden kann.

Bezüglich der Technik gibt Verf. an:

1) Bestrahlung mit mittelharter Röhre.

2) Möglichst kurze Dauer der einzelnen Bestrahlungen.

3) Bestrahlung in einzelnen Perioden mit dazwischenliegenden Pausen. Die event. Fortsetzung der Bestrahlung hängt vom Befunde der Blutuntersuchung ab.

Zur Unterstützung der Strahlenwirkung empfiehlt Verf. Arsendarreichung.

Gaugele (Zwickau).

18) **Gauthier** et **Duroux** (Lyon). La radiothérapie et le cancer.

(Arch prov. de chir. 1905. Nr. 6.)

Verff., welche auch ein umfangliches Verzeichnis besonders der französischen Literatur bringen, berichten über 42 Fälle der verschiedensten Geschwülste an der Körperoberfläche, einschließlich entzündliche Neubildungen. Sie betonen, daß keine besondere Methode der Röntgenbehandlung besondere Vorzüge hat, sondern daß es auf die persönliche Erfahrung und sorgfältig individualisierende Beobachtung jedes Einzelfalles nach jeder Sitzung ankommt. Eine endgiltige Heilwirkung haben sie nur beobachtet bei Cancroiden (Epitheliomen) des Gesichtes, der Nase im besonderen, während bei anderen Geschwülsten nur die entzündlichen Erscheinungen, Schmerzen, Vereiterung, Verwachsungen, abgeschwächt würden.

Hervorgehoben sei, daß beim Lippenkrebs ein Abwarten mit Röntgenbehandlung sich als gefährlich erwies, daß Zungen-, Kehlkopf-, Rachen- und Unterkieferkarzinome nicht wesentlich beeinflußt wurden, daß entzündliche Schwellung der Hals- und Speicheldrüsen durch Verminderung der Verwachsungen leichter operabel wurden.

Stolper (Göttingen).

19) **Löser.** Über die Behandlung von Hautkarzinomen mit Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 20 Fälle, worunter nur drei Heilungen aufzuweisen sind (rezidivfreie Zeit $1^1/_2$ Jahre). Die Dauer der täglich oder nur zweimal wöchentlich vorgenommenen Bestrahlung betrug jedesmal 5—10 Minuten. Bei fünf Fällen konnte ebenfalls eine Besserung konstatiert werden; acht Fälle können bei der Kritik wegen zu kurzer Behandlungszeit noch nicht in Frage kommen. Auf Grund seiner Erfahrungen hält L. die Röntgenbehandlung von Hautkarzinomen nur dann für angebracht, wenn es sich

»1) um kleine, oberflächlich gelegene Karzinome,

2) um Karzinome, bei denen ein chirurgischer Eingriff verweigert wird,

3) um inoperable Karzinome handelt.

Bei größeren Karzinomen jedoch, die noch Aussicht haben, mit dem Messer erfolgreich exstirpiert werden zu können, ist die Anwendung der Röntgenstrahlen nicht indiziert.«

Gaugele (Zwickau).

20) **Auerbach** und **Brodnitz.** Über einen großen intraduralen Tumor des Cervicalmarkes, der mit Erfolg exstirpiert wurde.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

Bericht über erfolgreiche Exstirpation einer intraduralen Geschwulst mit ausführlicher Berücksichtigung der neurologischen Seite, besonders der Differentialdiagnose. Da bei der Skelettierung der Wirbelbogen eine starke Blutung mit Kollaps eintrat, wurde die Operation abgebrochen und nach 3 Tagen fortgesetzt; dieses zweizeitige

Verfahren wird für ähnliche Fälle warm empfohlen; man operiert dann das zweite Mal fast blutleer und kann das Operationsgebiet völlig aseptisch halten, wenn man Jodoformgaze einlegt und darüber die Haut vollständig zusammennäht. Es wurde der 3.—7. Halswirbelbogen entfernt; die Geschwulst war $6^1/_2$ cm lang, erstreckte sich nach unten bis zum 6. Halswirbelbogen, nach oben bis zum Foramen magnum. Dieser oberste Teil ließ sich leicht mitherausziehen, ohne daß man den Bogen des Epistropheus entfernen mußte. Es ist wohl die größte bisher beobachtete extramedulläre und intradurale Geschwulst des Rückenmarkes überhaupt, sicherlich aber des Cervicalmarkes; jedenfalls ist eine so große bisher nicht exstirpiert worden.

Die Neubildung, ein zellreiches Fibrom, stellenweise dem Fibrosarkom angenähert, mit schleimiger Entartung, ging von den Arachnoidealscheiden der hinteren, rechtsseitigen Wurzeln des mittleren Halsmarkes aus; auffallenderweise war nicht die der Geschwulst direkt anliegende, sondern die gegenüberliegende Seite des Rückenmarkes die hauptsächlich geschädigte. Alle Symptome gingen vortrefflich zurück, nur die okulo-pupillären Symptome blieben bestehen.

Haeckel (Stettin).

21) **J. Schönebeck.** Beiträge zur Kenntnis der Halsrippen.

Inaug.-Diss., Straßburg i. E., 1905.

Nach Besprechung der Symptome gibt Verf. eine Zusammenstellung der ihm bekannt gewordenen bisher veröffentlichten Fälle von Halsrippen und reiht zwei neue an; zusammen 61 Fälle. Zum Schluß ein Literaturverzeichnis.

Renner (Dresden).

22) **Vautrin.** Considérations sur les plaies du canal thoracique dans la région cervicale.

(Revue de chir. 25. ann. Nr. 7.)

Obgleich V. in drei eigenen Fällen sich überzeugen konnte, daß die Verletzung des Ductus thoracicus an seiner Einmündung in die V. umbilicalis sinistra gewöhnlich keine ernsten Folgen nach sich zieht, so möchte er doch der völligen Verallgemeinerung dieser Doktrin entgegentreten durch Mitteilung eines tödlich verlaufenen Falles.

Bei einer 50jährigen Frau wurde gelegentlich der Exstirpation krebsiger Lymphdrüsen der Ductus thoracicus an seiner Mündung aufgerissen. Leider wurde erst am folgenden Tage durch Reizung und Auftreibung der Wunde das Ereignis bemerkt, und es gelang nicht, trotz wiederholter Versuche, den Gang auf größere Strecken freizulegen und zu schließen, die Chylorrhöe zu stillen. Unter rapider Abnahme, heftigem Durst, schnellem Kräfteverfall, auffälliger Cyanose, Atembeschwerden, Schwindel, hochgestelltem Urin — alles Folgen des täglichen Säfteverlustes von mehreren Litern — erfolgte nach 34 Tagen der Tod. Dies ist gewiß ein seltener Ausgang. — V. zitiert noch den Fall von Erasmus-Niemann —, doch ist schon das lange Bestehen einer Lymphfistel — bis zu 3 Monaten — ein lästiges Leiden.

Die Verletzung wird oft im Augenblicke des Geschehens nicht erkannt: die Inanition vor und nach der Operation hindert den Ausfluß, vielleicht auch ein »reflektorischer Spasmus der Gefäßmuskulatur«, sofern die Wandungen gesund, nicht durch tuberkulöse und krebsige Infiltration verändert sind. Ist, wie so häufig (6 in 24 Fällen nach Verneuil, 9 in 17 nach Wendel) der Kanal durch mehrere Stämmchen vertreten, die gelegentlich auch mit auf der rechten Seite einmünden können, ist das spontane Stehen der Lymphorrhöe leicht zu begreifen; andernfalls wird man mit ernsten Störungen zu rechnen haben: ein vorübergehend verstopfender Fibrinpfropf wird durch die nachdrängende Lymphe gesprengt, und deren Erguß bleibt bestehen, bis sich Kollateralen entwickeln.

Die sofortige Diagnose der Verletzung begünstigt die Behandlung: Man hat Erfolge durch komprimierende Tamponade, seitliche Ligatur, seitliche Naht (Cushin, Keen, Porter), durch Forcipressur und Ligatur zu verzeichnen. V. empfiehlt

vor allem die Abbindung; ist die Öffnung an brüchiger Stelle, so ist der Gang retrograd zu verfolgen und tiefer zu unterbinden, um nicht sofort oder nach einigen Tagen die Wandung durchschnitten zu sehen. Alle anderen Methoden rechnen mit intakten Verhältnissen, die oft nicht zutreffen. **Christel** (Metz).

23) **C. Dowd.** Appendicitis in children.

(Med. news 1905. September 23.)

Verf. berichtet summarisch über 70 Wurmfortsatzoperationen bei Kindern im Alter von 2—15 Jahren (St. Mary's hospital New York). 11 Fälle waren Frühoperationen, 40 kamen auf das Intermediärstadium und 19 auf das Intervall. Der Prozentsatz der schweren Fälle ist bei Kindern größer wie bei Erwachsenen, was damit zusammenhängt, daß das Netz weniger sich zur Begrenzung des Entzündungsherdes eignet. Schmerzen sind immer vorhanden, jedoch palpatorisch nicht so genau lokalisiert wie bei Erwachsenen. Erbrechen bildet die Regel. Verstopfung macht oft Durchfall Platz. Im allgemeinen werden Kinder mit diffuser Peritonitis besser fertig wie Erwachsene. Man muß daher gerade bei dem für eine diffuse Verbreitung der Entzündung geneigten infantilen Organismus unbedingt für eine Frühoperation sich entscheiden.

Verf. macht ferner darauf aufmerksam, daß differentialdiagnostisch gar nicht so sehr selten Pneumonie in Betracht kommt. Er kennt aus der Literatur 35 Fälle von Pneumonie — vorzugsweise bei Kindern —, welche mit Appendicitis verwechselt worden sind.

Die Mortalität der Frühoperationen betrug 0%. Von den im Intermediärstadium Operierten starben unter 32 Fällen, welche zwischen dem 3. und 7. Tag in Behandlung kamen, 4; unter 8, welche in der 2. oder 3. Woche kamen, 3. Gesamtmortalität: 10%. Im Intervall war kein Todesfall vorgekommen.

Hofmann (Karlsruhe).

24) **V. Lieblein.** Über die Behandlung des akuten perityphlitischen Anfalles mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 42—46.)

In die Wölfler'sche Klinik wurden seit 1903 neun Appendicitisfälle innerhalb der ersten 48 Stunden der Erkrankung aufgenommen; sie wurden sämtlich operiert; das Ergebnis war folgendes:

1) Frühoperationen innerhalb der ersten 24 Stunden: vier Fälle, sämtlich geheilt; darunter: ein Fall mit Entzündung des Wurmfortsatzes und beginnender Nekrose, Peritoneum frei; zwei Fälle mit Perforation des Wurmfortsatzes, Eiter frei in der Bauchöhhle, ein Fall mit Perforation des Wurmfortsatzes und diffuser eitriger Peritonitis.

2) Frühoperationen am 2. Tage der Erkrankung: fünf Fälle; ein Pat., 78jähriger Mann mit diffuser eitriger Peritonitis, starb 2 Stunden nach der Operation; drei Fälle mit begrenzter eitriger Peritonitis nach Perforation bzw. Gangrän des Wurmfortsatzes geheilt; ein Fall mit trübserösem Exsudat im Bauchraume geheilt.

Dagegen starben 37 innerhalb des 3.—7. Tages nach Beginn der Erkrankung auf Grund zwingender Indikation operierten Fällen 22 (59%). Von den Geretteten kamen acht, die Gestorbenen sämtlich mit diffuser eitriger Peritonitis zur Operation.

Gutzeit (Neidenburg).

25) **P. Klemm** (Riga). Über Cystenbildung aus Resten des Processus vermiformis.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 41.)

Die mitgeteilten drei Fälle hatten das Gemeinsame, daß sich infolge einer akuten, bei zwei der Pat. mit extraappendikulärer Abszeßbildung verlaufene Appendicitis eine spontane Trennung des Processus vermiformis vom Blinddarme vollzogen, der distale Appendixrest sich dann zu einer Cyste umgewandelt hatte, die schleimigen Eiter enthielt. Die Cyste gab durch Berstung nach praller Füllung

zu wiederholten peritonitischen Anfällen Anlaß, die in dem einen Falle zwölfmal, im zweiten dreimal mit großer Heftigkeit auftraten. Sie saß in diesen beiden Fällen dem Bauchfelle der Beckenschaufel fest auf, hing im dritten Falle frei an einem, wahrscheinlich einen Mesenteriolumrest darstellenden Bande. In jenen ersteren Fällen waren nach dem ersten bzw. zweiten Anfall Operationen zur Entleerung des extraappendikulären Abszesses ausgeführt, dabei aber der Wurmfortsatz nicht gefunden worden. — Die Beobachtungen lehren, daß man in Fällen von Radikaloperation nach akuter Appendicitis im freien Intervalle nach Resten des Processus vermiformis suchen soll, noch mehr aber, daß Appendicitis möglichst sofort zu operieren ist, um die Entstehung extraappendikulärer Depots überhaupt zu verhüten. **Kramer** (Glogau).

26) **Greene-Cumston.** Un cas de hernie interstitielle chez une fille de neuf ans.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 6.)

Das Interesse des Falles ist bedingt in der relativen Seltenheit der Leistenbrüche bei Kindern weiblichen Geschlechts, der noch weit größeren parietaler Brüche beim Weibe; bis 1900 war noch kein einziger publiziert. Ursächlich kommt sehr schräger Verlauf des Leistenkanals, mit reichlicher Entwicklung schlaffen Bindegewebes in den einzelnen Schichten, sowie Enge des Annul. inguin. ext. in Betracht, was hier jedoch nicht einmal zutraf. Die größten Schwierigkeiten bietet die Diagnose der Hernie und ihre Unterart, besonders wieder beim Weibe.

Im Falle C.'s war bei vorübergehender Einklemmung Appendicitis diagnostiziert worden; die Operation ergab Hernia inguino-interstitialis zwischen der Aponeurose des Obl. extern. und dem Musc. obl. internus. Beim Verschluß der Bruchpforte verzichtete C. auf das komplizierte Verfahren Berger's und stellte etwa vier Bogen her, indem er den Transversus an den Rectus, den Obl. intern. an die Aponeurose des Extensor und dessen unteren Rand an die gemeinsame Aponeurose heraufzog. **Christel** (Metz).

27) **Fischer.** Fibrolipoma of stomach.

(Annals of surgery 1905. Oktober.)

Verf. teilt die gutartigen Magengeschwülste ein in Fibrome, Fibrolipome, Lymphadenome, Myome; die letzteren sind die häufigsten. Die Diagnose ist schwierig; so machen z. B. Fibrome und Fibrolipome nur Erscheinungen, wenn in ihrer Umgebung entzündliche Veränderungen eingetreten sind. Ein einschlägiger Fall wird beschrieben. F. fand bei einer Pat., welche seit einem Monat anfallsweise Schmerzen im Magen bekam, und bei welcher ein Punkt unter dem linken Rippenbogen auf Druck sehr empfindlich war, eine walnußgroße Geschwulst am Magen. Sie saß an der vorderen Wand oben und griff auf die kleine Kurvatur über; durch V-Schnitt exstirpiert, erwies sie sich als ein Fibrom; in ihrer Umgebung war es bereits zu entzündlichen Erscheinungen gekommen. Die Heilung verlief insofern nicht ganz ungestört, als Tetanie eintrat, die F. auf toxische Einwirkung der im Magen zurückgehaltenen und durch Hypersekretion entstandenen Flüssigkeiten zurückführt. Schließlich Heilung, ohne daß weitere Beschwerden bestanden. **Herhold** (Altona).

28) **Jonnesco** (Bukarest). Pylorospasmus mit Magenhypersekretion und Tetanie.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Der 40jährige Pat. hatte während des ersten Stadiums seiner Krankheit die Erscheinungen einer dauernden Hyperchlorhydrie und von Zeit zu Zeit die der Stauung und Zersetzung der Speisen geboten; im zweiten Stadium erreichte der dauernd hyperazide Mageninhalt infolge gelegentlicher Diätfehler des Pat. einen solchen Grad von Hyperazidität, daß es vorübergehend zu Pylorospasmus (intermittierender Magenektasie), schließlich zu Hypersekretion von Magensaft und dau-

ernder Pylorusstenose mit Anfällen von Tetanie infolge Bildung und Resorption von salzsaurem Äthylamin kam. Nach Anlegung einer Gastroenterostomose (v. Hacker), die Pat. sehr gut überstand, schwand die Hypersekretion, die mithin die Folge, nicht die Ursache der Magenbewegungsstörungen gewesen sein mußte, vollständig. **Kramer** (Glogau).

29) **O. Simon** (Karlsruhe). Intraabdominale Netztorsionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 41.)

Der erste der mitgeteilten Fälle war dadurch besonders bemerkenswert, daß die Netztorsion bei dem 26jährigen Manne, ohne daß Bruchbildung oder Disposition zu solcher bestand, an dem nirgends verwachsenen Netze zustande gekommen war und sich klinisch als akute Appendicitis darstellte. Bei der Operation fanden sich $1^1/_2$ Liter blutiger Flüssigkeit im Leib und das Netz in eine blauschwarze, 18 cm lange Geschwulst umgewandelt, deren gedrehter Stiel in der Mitte des Querkolons lag; Heilung nach Exstirpation. Im zweiten Falle hing das gedrehte Netz mit einer dunkelblauen, nicht torquierten Ovarialcyste zusammen, und bestand außerdem eine Hernie, mit welcher jene verwachsen war. In bezug auf die Entstehung schließt sich S. der Payr'schen Erklärung an. **Kramer** (Glogau).

30) **Simon et Spillmann.** Éosinophilie chez l'homme à la suite de la splénectomie.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 42.)

Fall von Milzzertrümmerung infolge von Quetschung zwischen zwei Eisenbahnwagen, in der Bauchhöhle $1^1/_2$ Liter Blut; Entfernung der gesamten Milz, Drainage der Wunde, starke Eiterung, schließlich Heilung.

13 Tage nach der Operation zeigte die Blutuntersuchung eine sehr ausgesprochene Polynukleose, welche Verff. auf den plötzlichen Ausfall der Milzfunktion und die kompensierende Hyperaktivität des Knochenmarkes beziehen. 4 Monate später war dagegen eine deutliche Eosinophilie vorhanden.

Diese Befunde stehen in Übereinstimmung mit Tierversuchen; bei Meerschweinchen wurde durch Unterbindung des Milzstieles eine Atrophie des Organes herbeigeführt. Zunächst nahm die Zahl der Lymphocyten vorübergehend ab, während die polynukleären und besonders die eosinophilen Zellen stark zunahmen; später näherte sich die Leukocytenformel wieder der normalen, jedoch blieb eine Acidophilie bestehen. Ähnliche Befunde nach der Milzexstirpation beim Menschen werden auch von Hartmann und Vaquez mitgeteilt.

Mohr (Bielefeld).

31) **Blanc et Tisserand.** Un cas de mort rapide après ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie.

(Loire médicale 1905. März 15.)

Bei der 36jährigen Kranken wurde eine Probepunktion einer sehr großen Lebercyste vorgenommen (die mikroskopische Untersuchung der 5 ccm betragenden, klaren Flüssigkeitsmenge ergab Echinokokkushaken). $^1/_4$ Stunde nach der unter allen Vorsichtsmaßregeln vorgenommenen Punktion verlor die Kranke das Bewußtsein, es traten allgemeine Krämpfe auf, die Atmung wurde mühsam, der Puls sehr klein und aussetzend, und nach 20 Minuten starb Pat. Bei der Autopsie fand man in der Bauchhöhle keine Flüssigkeit, die Punktionsöffnung völlig undurchlässig und trocken. Eine Absorption von Echinokokkusflüssigkeit durch das Bauchfell war also auszuschließen, und die Todesursache blieb unklar.

Trotzdem bestätigt auch diese Beobachtung die Gefährlichkeit der Punktion bei Echinokokkuscysten. **Mohr** (Bielefeld).

32) **Steinheimer** (Nürnberg). Ein Fall von Leberabszeß mit verschiedenen Komplikationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Bei dem betr. Pat. wurde erst bei der dritten Bauchoperation, nachdem die ersten beiden einen positiven Befund nicht ergeben hatten, als Ursache der



schweren septischen Symptome ein subphrenischer Leberabszeß gefunden, nach dessen Entleerung indes infolge Auftretens von Lungenabszessen und Pyothorax die septischen Erscheinungen weiter fortbestanden. Eine vierte Operation ermöglichte die Ausstoßung eines faustgroßen Stückes brandiger Lunge und jauchigen Eiters aus der rechten Pleurahöhle, worauf dann schließlich Heilung erfolgte. Die Entstehung des Leberabszesses wird von S. auf Gallensteine zurückgeführt.

Kramer (Glogau).

33) **P. K. Nikolić.** Hepatopexie bei Cirrhosis hepatis (Beitrag zur Kenntnis der Magen- und Duodenalblutungen nach Operationen).

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Der eigenartige, in der Czerny'schen Klinik beobachtete Fall betraf einen 46jährigen Pat., bei welchem wegen eines angenommenen Magengeschwüres mit Dehnung des Magens und Gastroptose die Gastroenterostomie vorgenommen werden sollte. Der stark hypertrophierte linke Leberlappen mit leicht granulierter Oberfläche, schwer und massiv, liegt mit seiner Kante haarscharf auf dem Pylorus, denselben quer komprimierend. Als die Leber unschwer in die Höhe gehoben war, erwies sich der Pylorus als weit, breit, ohne Narben, Verwachsungen und Verdickungen. Magen tiefstehend, aber nicht besonders dilatiert. Man gewinnt den sicheren Eindruck, daß die schwer gesenkte Leber (besonders ihr Rand) aus einfachen mechanischen Gründen die Ursache der Pylorusstenose und der Magenbeschwerden ist. Es wurde daher die Hepatopexie ausgeführt, indem der Leberrand mit fünf dicken Seidenfäden, je 2 cm voneinander entfernt, gefaßt und mit dem parietalen Peritonealblatte vernäht wurden. 2 Tage nach der Operation Kollaps, 3 Tage später Tod unter Erscheinungen profuser Magen- und Darmblutungen.

Die Obduktion wies ein unmittelbar an den Pylorus grenzendes Duodenalgeschwür auf, in dessen Grunde die arrodierte Art. gastroduodenalis lag; zentralwärts von der Arrosionsstelle ein älterer wandständiger Thrombus.

Der Hergang ist nach N. folgendermaßen zu erklären:

Infolge des äußeren Druckes der schweren Leber auf den Magen kam es dauernd zur Verminderung der arteriellen Blutzufuhr, wodurch eine lokale Anämie entstand (Druck auf die Teilungsstelle der Art. gastroduodenalis in die Art. pancreaticoduodenalis sup. und Art. gastroepiploica dextra). Infolge der erheblichen Verlangsamung des Blutstromes entstand im proximalen Teile der Art. gastroduodenalis ein wandständiger Thrombus (Stagnationsthrombose). Die Stagnation wirkte schädigend auf die Ernährung der Gefäßwand. Da dieser Druck ständig und die Anämie dauernd war, so mußte das gedrückte Gewebe absterben (anämische Nekrose). Die Lösung der nekrotischen Teile wurde durch die verdauende Wirkung des Magensaftes bewirkt, es entstand ein Geschwür, in dessen Grund es zur Arrosion der Art. gastroduodenalis kam. Gerade über dem Geschwüre lag eine adenomartige Vorstülpung der Leber, welche wie ein Stöpsel das Geschwür bedeckte; hierzu kam noch die schwere Last der cirrhotischen Leber, welche noch fester drückte und die Blutung aus der arrodierten Arterie verhinderte, was bei der verlangsamten Zirkulation und dem wandständigen Thrombus um so leichter geschehen konnte. Durch die Hepatopexie wurde nun das Duodenalulcus seines Sicherheitsverschlusses beraubt, und es kam zu der Blutung mit ihren letalen Folgen.

Ein Verzeichnis der bislang ausgeführten Hepatopexien bildet den Schluß der Mitteilung.

Hübener (Dresden).

34) **R. Rothfuchs.** Ein Fall von traumatischer Ruptur der Gallenwege. (Aus dem Hafenkrankenhause zu Hamburg. Dr. C. Lauenstein.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 41.)

Wahrscheinlich war in dem Falle der Ductus choledochus verletzt; die eigentliche Rißstelle war bei der 17 Tage p. tr. ausgeführten Operation der Verwach-

sungen und Fibrinauflagerungen wegen nicht zu finden, während Gallenblase, Duct. cysticus und hepaticus, sowie Leber nicht verletzt waren. Die Bursa omentalis war mit Galle gefüllt, das Bauchfell gallig imbibiert. Heilung.

(Einen ähnlichen Fall von traumatischer Ruptur der Gallenwege hat Ref. vor 2 Jahren im städtischen Krankenhause operiert. Er betraf eine 60jährige Ziegelarbeiterin, bei der die Verletzung 4 Monate vorher erfolgt war und sich langsam unter Schmerzen und zunehmendem schweren Ikterus eine sehr weiche, über mannskopfgroße, cystische Geschwulst, bis an die Leber heranreichend, im Leibe gebildet hatte; sie enthielt über 2 Liter rein gallig gefärbter Flüssigkeit. Der Befund war, wie in dem R.'schen Falle, in bezug auf Leber, Gallenblase, Cysticus und Hepaticus negativ, der Choledochus durch ausgedehnte Verwachsungen nicht zugänglich zu machen, die Baucheingeweide zeigten sich dunkelgrün verfärbt. Drainage der von einer zarten Kapsel abgeschlossenen Höhle, Heilung unter langsamem Schwinden des Ikterus innerhalb 7 Wochen.) **Kramer** (Glogau).

35) **J. N. Bell** (Detroit). An unusual case of cholelithiasis.
(Amer. journ. of surgery 1905. Oktober.)

Bei einer 67jährigen Frau, die mehrere Jahre krank war, fand sich ein Stein in der Gallenblase von 106 g Gewicht, 7,5 cm Länge, 4,5 cm Durchmesser, 14,5 cm Umfang. Daneben kleinere Steine im Cysticus. Verschiedene (3 oder 4) Kommunikationen der von Adhäsionen umgebenen Blase mit dem Kolon. Heilung nach Drainage. **Goebel** (Breslau).

36) **Dörr.** Über Cholecystitis typhosa.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Im Eiter eines Gallenblasenempyems wurden Typhusbazillen in Reinkultur nachgewiesen. Identifizierung derselben auf kulturellem und biologischem Wege (Agglutination und Immunitätsreaktion nach R. Pfeiffer). 1 Jahr vorher hatte die Pat. einen Typhus durchgemacht. **Hübener** (Dresden).

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

Der Artikel des Herrn Dr. Karewski (Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 53) war mir bei der Abfassung meines Aufsatzes leider nicht bekannt. Doch wie ich aus demselben ersehe, unterscheidet sich seine Methode nur unwesentlich von derjenigen Maydl's, dessen Prinzipien ich befolgte, wie ich dies in meiner Mitteilung auch ausdrücklich hervorhob. Das Neue, was ich empfahl, war eben nur die Art der Naht — Tabaksbeutelnaht an den Aponeurosenlappen und Vereinigung der Muskeln und Haut mittels durchgreifender Nähte —, wodurch nach meiner Überzeugung die Operation bedeutend vereinfacht und erleichtert wird. Auch ist die Herabsetzung der Infektionsgefahr durch die Verminderung der Zahl der versenkten Nähte und die größere Festigkeit der Aponeurosenpelotte, bewirkt durch die Schnürnaht, meines Erachtens ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Ich habe die Radikaloperation des Nabelbruches genau nach Maydl's Vorschrift vielmals gesehen und auch selbst des öftern ausgeführt; doch machte ich die Erfahrung, daß die Knopfnähte an Aponeuroselappen und Muskeln schon bei geringster Spannung immerfort reißen, und der Verschluß der Bruchpforte auf diese Weise ziemlich schwierig vor sich geht. Hingegen fand ich — und konnte mich seit meiner Publikation neuerdings davon überzeugen —, daß bei meinem Vorgehen selbst bei großer Bruchpforte eine bedeutende Spannung leicht überwunden werden kann.

Dr. Pólya.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



// Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. **Sonnabend, den 13. Januar.** **1906.**

Inhalt: A. Catterina, Die Resektion des Schultergelenkes. (Original-Mitteilung.)
1) **Bardenheuer,** 2) **Gebele,** Frakturbehandlung. — 3) **Ritter,** Osteomyelitis im Röntgenbilde. — 4) **Kraemer,** Chirurgische Tuberkulose. — 5) **Durante,** Knochen- und Gelenktuberkulose. — 6) **Beck,** 7) **Lydston,** Harnröhrenplastik. — 8) **Englisch,** Fremdkörper in Harnröhre und Blase. — 9) **Young,** Krebs der Prostata. — 10) **Lusena,** Verletzungen des Ductus deferens und Tonus des Blasenschließmuskels. — 11) **Schulz** und **Hoffmann,** Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf die Nieren. — 12) **Smart,** Nierensteine gegenüber Röntgenstrahlen. — 13) **Wildbolz,** Nieren- u. Blasentuberkulose. — 14) **Bozzi,** Hydronephrose. — 15) **Sieber,** Cystenniere. — 16) **Stern,** Nierenaushülsung. — 17) **Steinmann,** Leistenhoden. — 18) **Gatti,** Hodenanastomosierung. — 19) **Klaussner,** Mißbildungen der menschlichen Gliedmaßen. — 20) **Thomas,** Radiuskopfbrüche. — 21) **Köhler,** Die normale und pathologische Anatomie des Hüftgelenks und Oberschenkels im Röntgenbild.
I. **A. Hofmann,** Ringknoten. — II. **F. Fink,** Zum Gallensteinileus. (Original-Mitteilungen.)
22) **Klemm,** Mesenteriale Chylangiome. — 23) **Roegner,** Enterokystom von Gekröse und Netz. — 24) **Payr,** Dermoid des Beckenbindegewebes. — 25) **Martina,** 26) **Beck,** Harnröhrenplastik. — 27) **Winkler,** Paraurethrale gonorrhoische Erkrankungen. — 28) **Creite,** Peniskrebs. — 29) **Freyer,** Prostatahypertrophie. — 30) **Walker,** Folgen suprapubischer Prostatektomie. — 31) **Villar,** Vorfall von Blasenschleimhaut. — 32) **Maeder,** Blasenzerreißung. — 33) **Deetz,** Pfählungsverletzung. — 34) **Colt,** Zur Nachbehandlung von Blasenfisteln. — 35) **Fortescue-Brickdale,** Angeborene Dilatation der Harnleiter und Hydronephrose. — 36) **Läwen,** 37) **Wolffhügel,** Hydronephrose. — 38) **Tatsujiro Sato,** Erworbene Cystenniere. — 39) **Carlier** und **Curtis,** Polycystische tuberkulöse Niere. — 40) **Schueller,** Nierentuberkulose. — 41) **Gaudiani,** Die Chirurgie der Nephritis. — 42) **Rindone,** Lymphangiendotheliom der Hodenscheidenhäute. — 43) **Corby,** Hermaphrodit. — 44) **Maclean,** Elephantiasis von Vulva und Bein. — 45) **Warbasse,** Eierstockstransplantation. — 46) **Davis,** 47) **Vasiliu,** Knochensarkom. — 48) **Bergmann,** Subluxation des zweiten Keilbeines.

Die Resektion des Schultergelenkes.

Von
A. Catterina,
Prof. der chirurg. Operationslehre an der Universität Genua.

Eine rationelle Methode für die Resektion eines Gelenkes muß folgenden Bedingungen entsprechen:

1) Sie muß eine sichere sein, es dürfen keine wichtigen Organe (Gefäße, Nerven usw.) gefährdet werden.

2) Sie muß sich leicht ausführen lassen.

3) Sie muß alle einzelnen Teile des eröffneten Gelenkes gut sichtbar machen.

4) Sie muß für alle Fälle, die überhaupt die Resektion eines Gelenkes verlangen, anwendbar sein.

Die von mir erdachte Methode der Resektion des Schultergelenkes entspricht allen oben angegebenen Bedingungen.

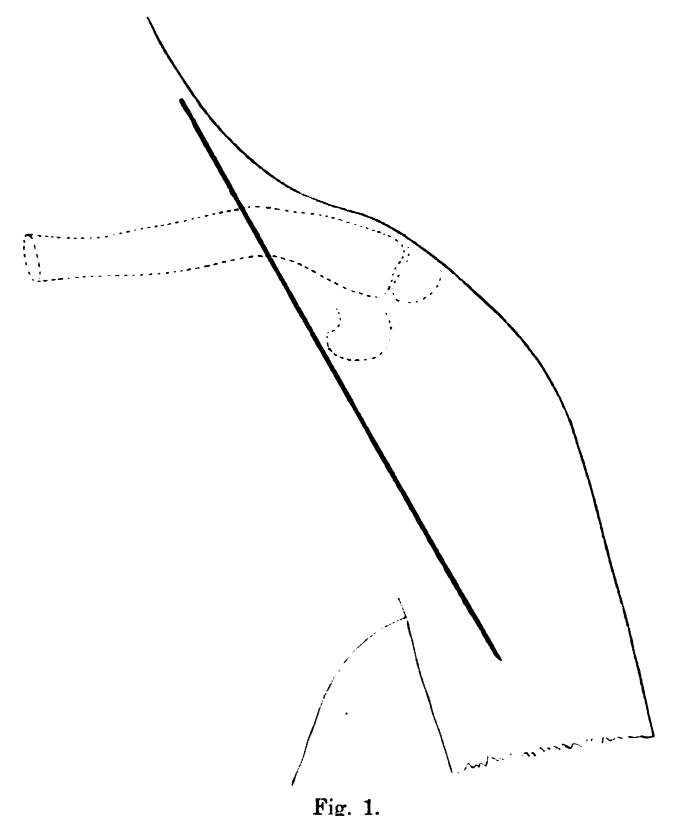


Fig. 1.
Hautschnitt für die Resektion des Schultergelenkes.

Es handelt sich dabei darum, eine temporäre Resektion des äußeren Drittels des Schlüsselbeines zu machen, somit den Deltoideus und den Nervus circumflexus vollständig zu schonen und gleichzeitig einen großen Raum zu gewinnen. Die Methode ist dazu sehr leicht, ungefährlich und in allen Fällen anwendbar, besonders bei der Reduktion resp. Resektion veralteter vorderer Luxationen des Humerus.

4—5 cm oberhalb der Verbindungsstelle des mittleren mit dem äußeren Drittel des Schlüsselbeines am Halse beginnt der nach unten außen in einer Länge von 10—15 cm zu führende Haut- und Fascienschnitt, der in den Sulcus deltoideus pectoralis ausläuft. Die Cepha-

lica wird nach innen geschoben oder einfach zwischen zwei Ligaturen durchtrennt. Nun wird das Schlüsselbein im Bereiche des Schnittes in beliebiger Ausdehnung von seinem Periost befreit und werden vor der Durchtrennung der Clavicula die Löcher für die später anzulegende Naht gebohrt. Ist das Schlüsselbein mit der Säge oder mit dem Gigli'schen Drahte durchtrennt, so wird der distale Stumpf

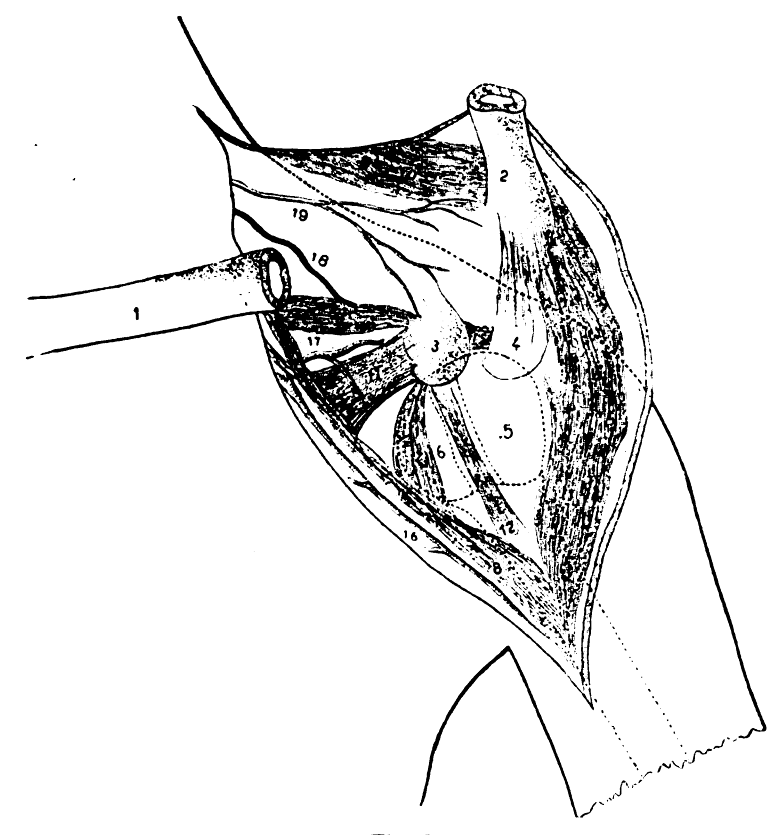


Fig. 2.

1) Schlüsselbein.
2) Äußeres Drittel desselben.
3) Proc. coracoideus.
4) Acromion.
5) Tub. majus humeri.
6) Tub. minus humeri.
7) Portio clavicul. m. deltoidei.
8) M. pectoralis major.
9) M. subclavius.
10) M. cucullaris.
11) M. pectoralis minor.
12) Caput longum m. bicipitis.
13) Caput breve m. bicipitis.
14) M. coraco-brachialis.
15) Lig. coraco-acromiale.
16) V. cephalica.
17) A. thoracico-acromialis.
18) N. suprascapularis.
19) A. suprascapularis (transversa scapulae).

stark nach außen rotiert und die Ansätze des Trapezius, des Subclavius, des Lig. coraco-claviculare nacheinander durchschnitten. Die Clavicularportion des Deltoideus bleibt mit dem Stumpfe in Verbindung und folgt ohne weiteres demselben in seiner Abduktions-Rotationsbewegung. Die Blutung ist eine minimale.

Jetzt sieht der Chirurg, was er zu tun hat und geht nach den gewöhnlichen technischen Regeln weiter. Zuletzt wird der Stumpf in seine frühere Lage gebracht, mit dem medialen in irgendeiner Weise fest verbunden und die Weichteilnaht angelegt. Die beiden Figuren illustrieren die Methode.

---

1) **Bardenheuer.** Über die Prinzipien der Behandlung der Frakturen mittels permanenter Extension.

(Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1905. Nr. 10.)

In diesem im Kölner Bürgerhospital gehaltenen Vortrag bespricht B. übersichtlich die Anwendungsweise und Vorzüge der Gewichtsextension bei der Behandlung der Knochenbrüche. Da die elastische Retraktion der Muskeln und die Schwere der Glieder die Verschiebung der Bruchenden nicht nur in der Längsrichtung bewirken, müssen zur Längsextension noch die quere, abhebelnde und rotierende hinzukommen. Es muß ferner die Extension sofort nach der Verletzung und gleich mit großen Gewichten zur Anwendung gelangen. Die Heftpflasterstreifen dürfen weit über die Bruchstelle hinausgehen. Bei kurzem zentralen Fragment (Schenkel-, Oberarmhalsbruch) muß der Längszug zunächst in der Achse des zentralen Bruchstückes wirken; bei Brüchen in der Nähe von Gelenken ist die Extension in der Winkelstellung des Gelenkes anzulegen, deren Ausfall für die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes am schädlichsten ist. Frühzeitige Bewegungen der Gelenke, Massage und elektrische Behandlung der Muskulatur sorgen für die Wiederherstellung der Funktion der verletzten Extremitäten.

Pseudarthrose, Callushyperproduktion, Distorsionssynovitis (Kapselverwachsungen während der Feststellung des Gelenkes, die bei Wiederaufnahme der Bewegungen wieder einreißen), Ödeme, Phlebitis sind bei richtiger Anwendung der Methode ausgeschlossen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

2) **Gebele.** Über Frakturenbehandlung. (Aus der chirurgischen Klinik München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Bei der in der v. Angerer'schen Klinik üblichen Behandlung der Gliedmaßenbrüche wird, unter Festhaltung des Prinzips zu individualisieren, die Zeit der Ruhigstellung abzukürzen gesucht und die funktionelle Behandlung (Massage, Bewegungen usw.) in den Vordergrund gestellt. Während bei den Frakturen der oberen Extremität der Fixationsverband nach 8—14 Tagen fortgelassen, ausnahmsweise — bei sehr starker Dislokation (Oberarmbruch) — ein ambulanter Heftpflasterverband angewandt zu werden pflegt, wird bei den unteren Gliedmaßenbrüchen die Behandlung möglichst ambulant (Gehgipsverband nach 6—8 Tagen für die Dauer von 2—4 Wochen)

durchgeführt, nur bei Oberschenkelschaft- und Schenkelhalsbrüchen für die ersten etwa 3 Wochen stark extendiert und erst dann ein Gehverband mit Thomas'scher Schiene angelegt. Bei Kniescheibenbrüchen werden abnehmbare Hülsenverbände unter Adaption der Bruchstücke mittels Heftpflasterstreifen benutzt, Pat. am 3.—4. Tage umhergehen gelassen, von der Knochennaht erst bei drohender Pseudarthrose Gebrauch gemacht. Der von der Münchener Klinik eingeschlagene Mittelweg, bei dem mobilisierende Behandlung und Fixation auf ihre Rechnung kommen, wird von G. wärmstens empfohlen.

Kramer (Glogau).

---

3) **Ritter.** Die akute Osteomyelitis im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Blutbeimengung bei dem osteomyelitischen Eiter von einer hämorrhagischen Infarzierung des Knochens herrührt, und daß die Infarzierung der ganzen Diaphyse oder eines Teiles derselben den ursprünglichen Prozeß der Osteomyelitis darstellt, die Eiterung aber erst sekundär auftritt.

R. hat in mehreren Fällen akuter Osteomyelitis in kurzer Zeitfolge fortlaufende Röntgenogramme angefertigt, warnt aber vor der Nachahmung, da die häufige Einwirkung der Röntgenstrahlen auch bei kurzer Dauer nicht ganz gleichgültig für den Krankheitsverlauf sei, indem alle Fälle, besonders nach der Nekrotomie, ganz langsam heilten. Die periostale Wucherung zeigt sich im Röntgenbild sehr frühzeitig, ebenso sehr bald Aufhellungslinien und -zacken der Knochen, die als erstes Zeichen der nun immer deutlicher erkennbaren Sequester zu betrachten sind. Eine Reihe gut gelungener Aufnahmen sind der Arbeit beigefügt.

Gaugele (Zwickau).

---

4) **C. Kraemer.** Über die Nachbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 565.)

K. fordert, daß nach chirurgischer bzw. chirurgisch-orthopädischer Ausheilung von Lokaltuberkulosen die genesenen Pat. erstens durch Anwendung der probatorischen Tuberkulininjektion auf das Nochvorhandensein tuberkulöser Herde, sei es an der anscheinend schon geheilten Stelle, sei es anderwärts, untersucht werden sollen. Fällt die Probe negativ aus, so habe der Pat. die schätzenswerte Gewißheit, sich nun für ganz gesund halten zu dürfen — fällt sie positiv aus, so habe sich der Pat. einer passenden Nachbehandlung zu unterziehen, um vollends zu genesen. So müsse beispielsweise ein einseitig wegen Tuberkulose Kastrierter »lege artis« nachbehandelt werden, damit die sonst so häufige nachträglich vorkommende Folgeerkrankung des zweiten Hodens nicht mehr vorkommen dürfe.

Für Ausführung der probatorischen Tuberkulininjektion, von deren untrüglicher Zuverlässigkeit K. fest überzeugt ist, gibt er eine tech-

nische Vorschrift. Worin die von ihm gewollte »Nachbehandlung« bestehen soll, davon erfahren wir nur, daß sie in einem »klimatisch-hygienisch-diätetischen Regime« bestehen soll — näheres aber gar nicht. Praktisch handelt es sich nach K.'s Erfahrungen bei den Rekonvaleszenten von chirurgischer Tuberkulose meist um leichte Dämpfungen der Lungenspitzen oder hinten zwischen den Schulterblättern. Es wäre in der Tat recht schön, wenn solche Individuen weiter nichts nötig hätten, als die »kleinen Unannehmlichkeiten einer relativ kurzen Nachkur« auf sich zu nehmen, um dafür dauernde Gesundheit in Aussicht zu erhalten. Aber K. selbst sagt, »daß in zu schweren Fällen die Behandlung natürlich auch versagen kann«. Und wie schon bemerkt, bleibt er leider jegliche brauchbare Ausführung über die Art der zu leistenden Nachbehandlung oder Nachkur schuldig.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven)

---

5) **Durante.** Trattamento della tubercolosi ossea ed articolare.

(Bulletino della R. Accademia med. di Roma Anno XXX.)

D. berichtet in diesem Vortrage mit Demonstrationen über die Erfolge seiner Tuberkulosebehandlung, besonders jener des Kniegelenkes. Er wendet Jodinjektionen (Jod 2,0, Jodkali 4,0, Aqu. dest. 100,0) in ausgedehntem Maße an, und zwar mit gutem anatomischen und funktionellen Resultat, letzteres besonders bei Synovialtuberkulose. Bei Resektion des Kniegelenkes übt er den Lappenschnitt mit Durchtrennung des Lig. patellae und sägt die Gelenkenden keilförmig ab, indem er am Oberschenkel auf Kosten der Kondylen einen nach unten vorspringenden stumpfen Winkel bildet, der in einen einspringenden Winkel an der Tibia hineinpaßt. Das Lig. patella wird alsdann wiederum an die Tibia angenagelt. D. rühmt diesem Vorgehen geringere Verkürzung der Extremität, festere Ankylose wegen des breiteren Knochenkontaktes und bessere Verhütung von sekundären Kontrakturen nach.

A. Most (Breslau).

---

6) **C. Beck.** La technique de la dislocation de l'urètre dans les hypospadies et autres vices de conformation et lésions de l'urètre.

(Revue de chir. Ann. XXV. Nr. 7.)

Die Technik B.'s, bei Hypospadien der Pars pendula penis die Harnröhre auszuschälen und durch Dehnung, welche sie in hohem Grade gestattet, in die Eichel hineinzuziehen, darf als bekannt vorausgesetzt werden. B. selbst beabsichtigt mit vorliegender Mitteilung nur auf Einzelheiten der Technik — Messerhaltung, Dicke der Harnröhrenwand — hinzuweisen, deren Nichtbeachtung das Resultat beeinträchtigen kann, sowie die Indikationen der Methode anzugeben. Vor allem dürfte sie bei perinealen Hypospadien nur ausnahmsweise verwendet werden, während sie bei der Heilung angeborener Bildungs-

fehler, bei der Urethrovaginalfistel, bei erworbenen Defekten nach Geschwür und Verletzung (Gangrän), sowie bei wegen Neubildung erforderlicher Resektion sich leistungsfähig erweist. **Christel** (Metz).

---

7) **F. Lydston.** Contribution to the plastic surgery of the urethra.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. April 29.)

L. operiert bei leichtesten Graden von Hypospadie in folgender Weise: Besteht keine Rinne an der Eichel als Fortsetzung der Harnröhre, so wird sie durch Inzision gebildet und solange offen gehalten, bis sie epithelialisiert ist. Zwei Längsschnitte isolieren nun diese Rinne und proximalwärts einen ebenso breiten Streifen der Penishaut; die alte Harnröhrenöffnung liegt in der Mitte. Nun werden beiderseits zwei Dreiecke von Haut entblößt, deren Basis jene Längsschnitte bilden, deren Höhe $^1/_2$—$^1/_3$ der Basislänge beträgt. Werden nun diese dreieckigen Defekte lateralwärts in querer Richtung vernäht, so ziehen sie jenen proximalen Hautteil über die Rinne hinweg, die dadurch zu einem Vollkanal ergänzt wird. L. ist mit den Resultaten dieser Methode sehr zufrieden.

Er berichtet dann weiter über Methoden zur Schließung von Harnröhrenfisteln, die zum kurzen Referat ohne Abbildungen sich nicht eignen. **Lengemann** (Bremen).

---

8) **J. Englisch.** Über Fremdkörper der männlichen Harnröhre und Blase.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 127.)

Den Hauptabschnitt der bedeutenden Arbeit bildet eine gründliche und als erschöpfend anzusehende monographische Abhandlung über ihren Gegenstand, wobei der Verf., eine Literatur von 613 (!) Veröffentlichungen verwertend (Verzeichnis am Schluß seiner Arbeit), nicht weniger als 750 Fälle in seine statistischen Zählungen aufnehmen kann. Die Einzelheiten, die die Untersuchung dieses Materials ergibt, wiederzugeben, ist hier nicht der Ort; es genüge, die Hauptresultate, die E. auf Grund seiner Zählungen formulierte, anzuführen:

1) Der Verlauf (der Fremdkörper) ist bei der Harnröhre günstiger als bei der Blase (3,87 : 5,86% Mortalität).

2) Fremdkörper der Blase werden häufiger spontan entleert (4,28 zu 3,31%).

3) Die Entfernung der Fremdkörper gelingt aus der Harnröhre leichter als aus der Blase (43,64 : 8,78%).

4) Die Anwendung des Lithotriptor ist in der Blase leichter als in der Harnröhre (10,58 : 2,2%).

5) Die blutigen Operationen verlaufen aus der Harnröhre günstiger als an der Blase (2,17 : 8,17% Mortalität).

6) Der hohe Blasenschnitt gibt das günstigste Resultat, der seit-

liche Perinealschnitt das ungünstigste (1,66 : 10%), der mediane Perinealschnitt steht in der Mitte (4,44%).

7) Nicht inkrustierte Fremdkörper lassen eine Wahl des Operationsverfahrens; inkrustierte dagegen, wenn sie nicht verkleinert und stückweise entfernt werden können, werden am besten auf blutige Weise behandelt.

Im Anschluß an die statistische Untersuchung teilt E. seine eigene Kasuistik mit — 9 Fremdkörper der Blase, 1 der Harnröhre. 4 Pat. sind gestorben. An Operationen wurden ausgeführt: Auspumpung von Stückchen einer Wachkerze 1mal, Extraktionen mittels Lithotriptor 4, Urethrotomien 5, hohe Blasenschnitte 2mal.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **Young.** The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate.

(Bulletin of the John Hopkins hospital 1905. Oktober.)

Diese Mitteilungen der Verf.s gründen sich auf das Studium von 40 Fällen von Karzinom der Prostata; 21 davon stammen aus Y.'s Privatpraxis, 19 sind aus Halsted's Klientel. Die hier mitgeteilten Erfahrungen der zwei bekannten amerikanischen Chirurgen sind für die Chirurgie der Prostata nach mancher Richtung hin von ganz besonderem Werte.

Zunächst wird die Angabe Albarran's bestätigt, daß das Karzinom der Prostata viel häufiger ist als man bisher angenommen hat; Verf. berechnet, daß dies etwa in 10% des gesamten Materiales von Prostatavergrößerung der Fall ist.

Die Frühdiagnose stützt sich besonders auf das Symptom der Pollakiurie und den Befund einer teils knotigen, teils gleichmäßigen Verhärtung, besonders wenn eine oder beide Samenblasen als verhärtet zu tasten sind oder gar, was von höchster Bedeutung ist, wenn zwischen ihnen eine harte Platte zu fühlen ist.

Will man abwarten, bis Schmerzen oder Hämaturie die Diagnose stützen, dann kommt man zu spät; beides pflegt im Frühstadium des Leidens nur in Ausnahmefällen vorzukommen.

Wichtig ist natürlich der cystoskopische Befund, wenn er positiv ist; man sollte, wo es möglich ist, diese Untersuchung nie versäumen; gibt sie ein negatives Resultat, so ist allerdings damit gegen die Bösartigkeit des Prozesses nichts bewiesen. Die Vergrößerung der Prostata kann die verschiedensten Grade betreffen.

Therapeutisch kommt, wo sie ausführbar ist, nur die radikale Exstirpation in Betracht, für die Y. ein eigenes, sehr eingreifendes Verfahren auf Grund seiner praktischen Erfahrungen empfiehlt. Acht große Abbildungen erleichtern das Verständnis.

Y. operiert auf perinealem Wege; von einem V-förmigen Schnitte dringt er gegen die Pars membranacea vor, eröffnet sie, schiebt sein Traktionsinstrument in die Blase und zieht damit die Prostata in die

Wunde. Zuerst wird die Hinterfläche der Prostata vom Mastdarm abgelöst, dann die Pars membranacea quer durchschnitten, das Lig. puboprostaticum durchtrennt, die Prostata seitlich freigemacht, die Samenblasen an ihrer hinteren Fläche von der Umgebung losgelöst; dabei ist es wichtig, die sowohl die Prostata als auch die Samenblasen bedeckende Denonvilliers'sche Fascie zu schonen und mit beiden Organen zugleich heraus zu bringen.

Die vor die Wunde gezogene Blase wird 1 cm hinter der Grenze von Prostata und Blase quer eröffnet bis zur Freilegung des Trigonum; nach Besichtigung der Harnleitermündungen wird das Trigonum 1 cm vor ihnen quer durchtrennt, von hier aus die obere Fläche der Samenblasen freigemacht, etwaige Lymphknoten entfernt und die Ductus deferentes soweit wie möglich reseziert, da sie oft bereits miterkrankt sind.

Leicht gelingt es nun, den Stumpf der Pars membranacea urethrae mit der Blasenwunde zu vereinigen und diese selbst in sagittaler Richtung zu vernähen. Die Nähte (Catgut und Silkworm) werden lang gelassen und später entfernt, auf die Nahtstelle kommt ein Tampon, Levator ani und Haut werden bis auf die Stelle des Tampons genäht. Verweilkatheter.

Vier Pat. wurden nach diesem Verfahren operiert; der erste genas zunächst, starb aber 8 Monate nachdem er geheilt entlassen war, an einer Komplikation (Blasenstein, Infektion). — Der zweite Pat., bei welchem auch die der Blase benachbarten Harnleiterenden reseziert waren, starb an Pyelitis. Zwei weitere Pat. aber wurden geheilt.

Die Untersuchung der Präparate bzw. die Autopsie in den Fällen 1 und 2 ergab, daß im ersten Fall an einem Ductus deferens eine karzinomatöse Partie nicht entfernt, sonst aber stets alles Kranke beseitigt worden war.

Findet sich bei einem Manne jenseits des 50. Jahres eine harte, vergrößerte Prostata, so rät Verf. zur Vornahme einer Probeexzision, schleuniger Anfertigung eines Gefrierschnittes (ca. 6 Minuten) und Radikaloperation, wenn sich der Verdacht auf bösartige Neubildung bestätigt. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

10) **Lusena.** Le lesioni del cordone spermatico in rapporto al tono dello sfintere vescicale.

(Bollettino della R. Accad. med. di Genova 1905. Nr. 2.)

Verf. experimentierte an Hunden, denen er die Harnleiter freilegte, um durch den einen derselben Kochsalzlösung in die Blase einlaufen zu lassen und mittels eines im anderen Harnleiter befindlichen Manometers den intravesikalen Flüssigkeitsdruck zu messen, bei welchem der Blasenhals sich eben öffnete. Die erzielten Resultate waren folgende: Der Tonus des Sphincter vesicae verminderte sich deutlich nach Resektion der beiden Vasa deferentia, und dies geschah sogar schon bei der einfachen Isolierung des Vas deferens in demselben Maße. Keine dieser Operationen hat einen Einfluß auf den Tonus

und die Kontraktion des Detrusor. Nach Verf. wird diese Reflexwirkung auf den Sphinkter durch die Reizung der Nerven am Samenstrang hervorgerufen. Auf Grund dieser Experimente spricht Verf. zwar der gedachten Operation keine große therapeutische Wirkung zu, hält aber die einfache Isolierung des Samenstranges immerhin für einen rationellen Eingriff bei Prostatikern, wenn konservative Methoden versagen. **A. Most** (Breslau).

---

11) **O. E. Schulz** und **R. St. Hoffmann**. Zur Wirkungsweise der Röntgenstrahlen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 350.)

Verff. haben im Laboratorium der Hochenegg'schen Klinik in Wien die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die bloßgelegte bzw. durch eine Wunde luxierte Kaninchenniere studiert, und zwar wesentlich auf die Frage hin, ob die Einwirkung auf das interstitielle Bindegewebe oder auf das epitheliale Kanälchenparenchym stattfindet. Um die Einwirkung des operativen Traumas auf die bestrahlte Niere schätzen bzw. außer Rechnung setzen zu können, wurden stets beide Nieren luxiert, wozu übrigens leichte Narkose nötig war — bestrahlt wurde aber stets nur eine, und zwar die linke, da sie leichter zugänglich ist. Bei der definitiven Untersuchung des Ergebnisses diente dann die nicht bestrahlte Niere als Kontrollstück. Beim Bestrahlungsakt wurden die zu schützenden Teile mit Bleiblenden zugedeckt, es wurden meist alte Röhren von nicht sehr hohem Härtegrad genommen und Röntgendosen von 38—60 H des Holzknecht'schen Chromoradiometers verabfolgt, 45—100 Minuten lang. Die zehn Versuchstiere wurden in Zeiten von $^1/_2$ Stunde bis zu 48 Tagen nach der Bestrahlung getötet. In den Protokollen sind die Befunde an der Niere genauestens notirt, und wird betreffs aller einschlägigen Details auf das Original verwiesen. Von allgemeiner interessierenden Ergebnissen ist erstlich die im ganzen geringfügige Röntgenwirkung auf die Nieren hervorhebenswert, während, wie anderweitig konstatiert, die Haut, die lymphatischen Apparate und namentlich der Hoden gegen Röntgen- ebenso wie gegen Radiumstrahlen ungleich empfindlicher sind. Spezifische Veränderungen zeigten sich sowohl im interstitiellen als im epithelialen Gewebe. Am ersteren sind Blutungen und Transsudate beobachtet, welche schließlich das interstitielle Gewebe zerstören oder auch zur Organisation frischen intertubulären Bindegewebes führen, so daß eine ausgeprägte beginnende interstitielle Nephritis das Endresultat wird. Das epitheliale Gewebe wird schon durch diese interstitiellen Krankheitsvorgänge indirekt geschädigt, die Kanälchen erfahren Kompression und werden teils abgeplattet, teils durch Stauung erweitert. Außerdem unterliegen die Epithelzellen auch einer primären Beschädigung, die anfangs gering, aber sicher vorhanden ist. Und zwar wird ihr Protoplasma gequollen, hin und wieder mit Vakuolen durchsetzt, die Kerne sind ganz wesentlich blasser

gefärbt, lassen vielfach das Chromatin gar nicht erkennen. Eine ganz gleiche Wirkung äußert, wie Blauel fand, auch die Radiumbestrahlung von Nieren. Während aber nach der Radiumbestrahlung weiterhin Totalnekrose der Epithelien folgt, bleibt es nach der Röntgenbestrahlung bei den genannten Veränderungen, und sind die Weiterveränderungen am sekretorischen Nierengewebe auf die interstitielle Nephritis zurückzuführen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **M. Smart.** X-ray diagnosis of renal calculus.

(Brit. med. journ. 1905. September 16.)

Die Nierensteindiagnose durch Röntgenstrahlen, deren Schwierigkeiten und Fehlerquellen vom Praktiker meist noch nicht richtig gewürdigt werden, erfordert mannigfache Bedingungen zu ihrer Ermöglichung. Der Stein darf nicht zu klein sein; Oxalate werfen den dichtesten Schatten, reine Phosphate den schwächsten, in der Mitte stehen die Urate. Letztere sind zwar die häufigsten Steine, haben aber glücklicherweise meist einen Mantel, der einen besseren Schatten erzeugt als die reinen harnsauren Salze. Je fettleibiger die Pat., desto schwieriger die Strahlendurchdringung. Chronische Induration bei Steinen im Nierenparenchym sind ein Hindernis für die Durchleuchtung; Eiter wirft einen Schatten, der den Stein zuweilen völlig verdecken kann. Technisch ist von Wichtigkeit: die Vorbereitung durch Abführmittel; völlige Entkleidung der Bauch- und Nierengegend; möglichste Annäherung der Platte an die Niere; Ausschaltung von Störungen durch die Atembewegungen in Bauchlage, wodurch die Atemexkursionen in engen Grenzen gehalten werden; stereoskopische Aufnahmen in allen Fällen. Irrtümliche Auslegung von Plattenfehlern kann man vermeiden durch Unterschieben zweier Platten über einander. Täuschungen durch Fremdkörper, wie Knöpfe usw., lassen sich bei einiger Sorgfalt umgehen, viel größer ist die Gefahr fehlerhafter und oft folgenschwerer Auslegung bei Anwesenheit von verkalkten Gekrösdrüsen. Endlich erwähnt Verf. einen interessanten Fall von erfolglosem Suchen nach einem Stein in der Niere trotz positiven Nachweises bei der Durchleuchtung. Bei einer erneuten Aufnahme bald nach der Operation fand sich der Stein im Harnleiter! Er war zwischen der ersten Aufnahme und der Vornahme der Operation gewandert!

Weber (Dresden).

13) **Wildbolz** (Bern). Über Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 6.)

W. berichtet über drei Fälle von Exstirpation einseitiger Nierentuberkulose und betont, wie verschiedenartig diese Krankheit in die Erscheinung tritt, einmal Jahre hindurch währende rheumatische Schmerzen vortäuschend, ein andermal als akute Infektion auftretend, die an alles andere als an Tuberkulose denken läßt. Verf. glaubt

mit Hilfe des Cystoskops und des Harnleiterkatherismus feststellen zu können, daß die Blase für sich tuberkulös erkrankt ist ohne primäre Nierentuberkulose. Ist die Tuberkulose einzig und allein auf die eine Niere beschränkt, so soll dieses Organ nur exstirpiert werden, wenn seine Funktion durch die Erkrankung bereits erheblich gelitten hat. Ist aber die Schädigung des Parenchyms noch geringgradig, dann darf der Kranke konservativ behandelt werden, bis deutlich ein stetes Fortschreiten des infektiösen Prozesses erkennbar ist. Besonders ein Übergreifen der Tuberkulose von der Niere längs dem Harnleiter auf die Blasenschleimhaut gibt eine dringende Indikation zur sofortigen Entfernung der tuberkulösen Niere. (Sollte es da nicht schon zu spät sein? Ref.) **Stolper** (Göttingen).

---

14) **E. Bozzi.** Sul ritorno della funzione nel rene idronefrotico. Studio sperimentale.

Genova, **Papini,** 1905. 131 S.

Um die Funktion und die Regenerationsfähigkeit einer durch Harnleiterverschluß mehr oder weniger veränderten Niere zu studieren, hat Verf. eine größere Reihe von Experimenten an Hunden ausgeführt. Er unterband mit oder ohne nachfolgende Durchschneidung den einen Harnleiter unweit seiner Einmündung in die Blase. Nach verschiedenen Zeitabständen (mehreren Wochen) pflanzte er alsdann das zentrale Ende in die Blase ein, um den Urinabfluß wieder herzustellen. In einer dritten späteren Sitzung wurde schließlich den noch überlebenden Tieren die Niere der gesunden Seite exstipiert. Während der Versuchszeit wurde der Urin gemessen und untersucht, und nach dem Tode wurden die hydronephrotischen Nieren einer eingehenden histologischen Prüfung unterworfen. — Die Hauptresultate der besagten Experimente sind kurz folgende: Nach Abbindung des Harnleiters kommt es zunächst zu einem interstitiellen Ödem der Niere, welches nach Entfernung des Hindernisses wieder verschwindet; erst später tritt eine interstitielle Bindegewebswucherung hinzu. Dieselbe ist in der Marksubstanz eine gleichmäßige; in der Rindensubstanz hingegen erscheint sie in Form von keilförmigen Septen mit peripherer Basis, und zwar zunächst in der Nähe des Hilus, um sich allmählich über die ganze äußere Rindenschicht der Niere zu verbreiten und dann auch auf die Columnae Bertini überzugreifen. Man kann die bleibenden Veränderungen, besonders bei vorgeschrittenen Fällen, und wenn der Abfluß schon längere Zeit wieder hergestellt ist, mit einigen Formen der interstitiellen Nephritis vergleichen. Nach Behebung des Abflußhindernisses nehmen die übriggebliebenen Elemente des Nierenparenchyms, soweit möglich, ihre Funktion wieder auf. Es kann also eine solche Niere dem Organismus noch Nutzen bringen, sie kann anatomisch und funktionell hypertrophieren; eine Gefahr involviert sie andererseits nicht. B. zieht aus seinen Experimenten die praktische Schlußfolgerung, daß man bei Hydronephrose konservativ zu verfahren

und daher möglichst bald die Wiederherstellung eines guten Abflußes zu erstreben habe, um Komplikationen zu vermeiden.

A. Most (Breslau).

---

15) **F. Sieber.** Über Cystennieren bei Erwachsenen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 406.)

Im Anschluß an zwei in der Leipziger Klinik beobachtete Fälle, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird, hat S. eine sehr fleißige Sammelarbeit über die Cystenniere der Erwachsenen verfaßt. Auf eine kurze Zusammenstellung über die anatomische Eigenheit und Ätiologie des Leidens im allgemeinen (auch bei der fötalen Cystenniere) folgt ein Auszug aus 211 Krankengeschichten, Cystennieren über 20 Jahre alter Erwachsener betreffend, die aus der Literatur (157 Nummern zählendes Verzeichnis) ausgelesen sind. Auf Grund dieses Materiales wird sodann das Leiden nach allen klinischen Gesichtspunkten durchsprochen, wovon folgendes kurz hervorgehoben sei. Im dritten und vierten Lebensdezennium bleibt sich die Frequenz der Fälle ungefähr gleich, verdreifacht sich aber nahezu in den 40er Jahren; in dem folgenden Jahrzehnt verringert sie sich beträchtlich, bleibt indeß noch wesentlich höher als in den zwanziger und dreißiger Jahren. Nach dem 60. Jahre erfolgt starker Frequenzabfall, die älteste beobachtete Pat. starb mit 88 Jahren. Für die Diagnose ist die Doppelseitigkeit, die Tastung, Druckempfindlichkeit und Hämaturie von Wichtigkeit. Die wichtigste Krankheitsfolge besteht in akuter Urämie, wobei vor allem der Digestionsapparat beteiligt ist. Atheromatose, Herzhypertrophie und Eiterung in den Cysten, bisweilen Steine in denselben bilden gewöhnliche und ernste akzidentelle Erkrankungen. Neben den Nieren ist häufig die Leber von gleichzeitiger Cystenbildung betroffen. Was die chirurgische Behandlung betrifft, so hat S. 61 Fälle von Nephrektomie gefunden, deren Ausgang bekannt ist. Es starben von denselben nicht weniger als 20, und zwar reichlich die Hälfte davon an Urämie bzw. Anurie wegen gleichzeitiger cystischer Entartung der anderen Niere, woraus die Bedenklichkeit des Eingriffes erhellt. Nach Israel sind Versuche mit einfacher Nephrotomie zwecks Spaltung möglichst zahlreicher Cysten und Druckherabsetzung anstellungswert, während gegen die von Edebohls auch für dieses Leiden geratene Nierenaushülsung einzuwenden ist, daß die Kapsel der Cystennieren meist sehr fest anhaftet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

16) **Stern.** Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach Edebohls.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 5.)

S. fand, daß bei Kaninchen nach Entfernung der Kapsel diese sich schnell wieder bildet, und zwar wird sie erheblich dicker und derber; sie ist sehr arm an elastischen Fasern, während die normale Kapsel dieselben sehr reichlich enthält. Das ist von Bedeutung; denn

es fehlt der neuen Kapsel die Dehnbarkeit, die sie haben muß, um sich den physiologischen Druckschwankungen des Nierengewebes anzupassen. S. fand ferner, daß nach bloßer Annähung der Niere ohne Aushülsung an Stellen breiter Verwachsung eine Aneinanderlagerung von Nierengefäßen und Gefäßen der Umgebung entsteht, daß ein Übergang von Gefäßen der Fettkapsel in solche der Nierenoberfläche sich erkennen läßt.

Bei acht Menschen hat S. die Enthülsung nach Edebohls vorgenommen und jedesmal Stückchen der Niere zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Vier Fälle kamen zur Sektion. Die Untersuchung der Nieren ergab, daß der interstitielle Entzündungsprozeß sich trotz der Operation verschlimmert hatte. Trotzdem verhält sich S. nicht ganz abweisend gegen die Operation; jedoch sei die völlige Aushülsung nicht notwendig, um die vielleicht zu erwartende Druckentlastung zu erzielen, vielmehr sei zu erwägen, ob man nicht bloß die Kapsel spalten und die Niere fixieren sollen. **Haeckel** (Stettin).

17) **Steinmann** (Bern). Zur operativen Behandlung des Leistenhodens.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 16.)

Wo eine bösartige Verwandlung des Leistenhodens ausgeschlossen ist, empfiehlt Verf. dessen Rücklagerung in die Bauchhöhle mit sofortiger Einsetzung eines Paraffinhodens in den Hodensack. Bei Komplikation mit Hernie garantiere er am besten dauerde Heilung dieser und ersetze die Orchidopexie in Fällen, in denen die Mobilisierung des Leistenhodens nicht möglich. **Stolper** (Göttingen).

18) **Gatti.** L'anastomosi intertesticolare dopo la sezione di un dotto deferente.

(Policlinico 1905. Nr. 9. Ser. chir.)

Die intertestikuläre Anastomose sucht bei Verletzung eines Duct. deferens die Substanz des Hodens in direkte Anastomose mit dem des gesunden Hodens zu bringen. G. hat dies experimentell geprüft und kommt zu folgenden Schlüssen: Auf die Operation kann es in beiden Hoden zu degenerativen Vorgängen kommen, je nach der Heftigkeit des operativen Trauma. Nach Ausführung der Operation ruft Durchtrennung des Duct. deferens, unmittelbar oder später ausgeführt, keine Degeneration hervor. In beiden Hoden folgt dann Regeneration von Drüsenepithel und Hodenkanälchen, Gefäßen und Venen, welche die Substanz beider Hoden in direkte Verbindung bringen. Die Drüsentätigkeit und Spermatogenese bleibt auf der operierten Seite erhalten.

Stärkere Bindegewebsbildung an der Anastomosenstelle bleibt aus, wenn man nur, ohne Verletzung der eigentlichen Hodensubstanz, die Albuginea vorsichtig abschält und eine zirkuläre feine Naht anlegt.

Die Operation ist für Fälle von traumatischer oder operativer Verletzung des Duct. deferens zu empfehlen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).



19) **Klaussner.** Über Mißbildungen der menschlichen Gliedmaßen. Neue Folge. 41 S. 32 Abbildungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1905.

Im Anschluß an die frühere Publikation aus dem Jahre 1900 veröffentlicht K. eine weitere hochinteressante Kasuistik angeborener Bildungsfehler der Gliedmaßen, die durch Wort, Photographie und Röntgenbild auf das anschaulichste geschildert werden. So berichtet K. über Fälle von Riesenwuchs, darunter auch über eine recht seltene Beobachtung von allgemeinem Riesenwuchs, ferner über Flughautbildung, Radiusdefekt, vererbte Syn- und Polydaktylie, über Spalthand, Brachy- und Ektrodaktylie, über angeborene Bildungsfehler des Daumens und der Finger und über Defekte im Skelett der unteren Gliedmaßen. Ätiologisch macht sich häufig das Moment der Vererbbarkeit bemerkbar. In einer Reihe von Fällen ließen sich die Spuren amniotischer Verwachsungen und Abschnürungen noch in Gestalt von Schnürfurchen nachweisen, und so liefern die K.'schen Beobachtungen eine weitere Stütze für die Annahme, daß es im wesentlichen in frühester Entwicklungszeit einsetzende mechanische Einflüsse sind, auf die sich diese Bildungsdefekte zurückführen lassen. Die Einzelheiten entziehen sich der Wiedergabe im Rahmen eines Referats, und es muß daher auf das Original verwiesen werden. **Deutschländer** (Hamburg).

---

20) **Thomas.** Fractures of the head of the radius.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. September-Oktober.)

T. führt in seiner sehr ausführlichen Arbeit über die Fraktur des Radiusköpfchens außer zwei eigenen Fällen 48 Literaturfälle im Auszug an und berichtet über Leichenversuche.

Das Röntgenbild ist nicht unfehlbar in der Diagnose, da die Bruchstücke bei unversehrtem Ringband häufig so dicht aneinander liegen, daß die Bruchlinie im Bilde nicht sichtbar wird. Wird der Arm an der Leiche im Schultergelenk exartikuliert, die Hohlhandfläche auf den Boden aufgesetzt und der Arm in Extension, der Unterarm proniert gehalten, so gelingt es, durch starke Schläge auf den Humeruskopf die Fraktur experimentell zu erzeugen; hierbei reißt das Lig. annulare gewöhnlich nicht ein, und das erzeugte Bruchstück ist mehr oder weniger keilförmig; daher fehlen Krepitation und Verschiebung.

Die Fraktur ist stets teilweise, oft ganz intrakapsulär, ausgenommen das dünne Verbindungsstück der Kapsel mit der unteren Kante des Bruchstückes; durch diese Verbindung wird die Blutzufuhr und Ernährung des oberen Bruchstückes unterhalten, auch wenn keine Vereinigung eintritt. Infolge der anatomischen Verhältnisse ist es sehr selten, daß das nicht vereinigte Bruchstück zum beweglichen Gelenkkörper wird. Bei der gewöhnlichen Entstehungsart, dem Fall auf die Hand, bricht der vordere Teil des Köpfchens ab. Der Bruch des Radiusköpfchens ist bedeutend häufiger, als bisher angenommen wurde.

Auch Brüche des Radiushalses sind häufig und gewöhnlich mit Brüchen des Köpfchens vergemeinschaftet; sie sind häufig eingekeilt. Häufige Komplikationen der Brüche des Köpfchens sind Verrenkungen im Ellbogengelenk und Brüche des Processus coronoideus.

Mohr Bielefeld).

---

21) **Alban Köhler.** Die normale und pathologische Anatomie des Hüftgelenkes und Oberschenkels in röntgenographischer Darstellung. Ergänzungsband 12 zu: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 150 S., 12 Tafeln und 35 Abbildungen im Text.

Hamburg 1905.

Die Arbeit K.'s betrifft im großen und ganzen nur Hüftgelenk und Oberschenkel, ohne Becken oder Knie ausführlich mit einzubeziehen.

Bezüglich der Untersuchungstechnik der Hüftgelenksgegend, welcher der erste Abschnitt des Buches gewidmet ist, kommt vorzüglich die Röntgenograpie ihn Frage. Die Röntgenoskopie der Hüfte gelingt wegen der Weichteilmassen, die infolge ihrer Dicke nur einen geringen Transparenzunterschied gegenüber den Knochen bieten, nur selten, ganz abgesehen von den Gefahren einer längeren Bestrahlung für Arzt und Pat.. Als dringendes Erfordernis für das Gelingen einer Hüftgelenksdurchleuchtung verlangt Verf.:

1) Vornahme der Untersuchung in den Abendstunden.

2) Absolute Dunkelheit des Untersuchungszimmers.

3) Umhüllen der Röhre mit dichtem Tuch.

4) Abblenden aller anderen Röntgenstrahlen bis auf ein ca. 7 cm im Durchmesser haltendes Diaphragma.

5) Richtige Wahl der Röhre; am besten eignet sich eine solche, welche bei photographischer Verwendung die besten Knochenstrukturbilder vom Knie eines Mannes gibt.

6) Einen Bariumplatincyanürschirm, dessen Empfindlichkeit noch nicht gelitten hat.

7) Eine der Funkenlänge von 25—30 cm entsprechende Belastung.

Die Durchleuchtung des Oberschenkels erscheint beinahe zwecklos, da man gröbere Veränderungen auch palpatorisch erkennen kann, feinere Details aber auch bei der Durchleuchtung nicht sieht. Bei der photographischen Aufnahme des Femur kann ein großer Teil der Sekundärstrahlen durch Abblenden der Umgebung mit Blei ausgeschaltet werden. Die Röntgenographie der Hüfte geschieht am besten mit Kompressionsblende (Blendenausschnitt 13 cm) bei ventrodorsalem Strahlengang (Rückenlage). Steht der Fokus direkt über dem Gelenk, spricht Verf. von »direkter Projektion«, bei Fokusstand in der Mittellinie des Körpers von »medialer Projektion« (bei event. lateralem Stand von »lateraler Projektion«).

Normale Anatomie. Die Ossifizierung der Pfanne geht bei den verschiedenen Individuen sehr verschieden vor sich. Der vordere

Rand der Pfanne ist beim Lebenden infolge seiner sehr zarten Spongiosabälkchen nur schwer auf der Platte zu erkennen, ist praktisch auch bedeutungslos. Bei Kindern sieht man beinahe regelmäßig medial von der Pfannentiefe eine langgezogene, bogenförmige Figur von der Form einer »Glasträne«, bei Erwachsenen nur in Dorsallage bei medialer Projektion. Diese Tränenfigur wird durch in verschiedenen Ebenen liegende Wandteile erzeugt.

Der Schenkelhals ist nur dann deutlich und ohne Verzeichnungen auf die Platte zu bekommen, wenn der Fuß mit seinem medialen Rande senkrecht zur Tischplatte steht. Die Schenkelhalsachse bildet dann auch im Röntgengebilde mit der Schaftachse einen Winkel von 120—130° (Neigungswinkel von v. Mikulicz). Zu diagnostischen Irrtümern an den distalen Epiphysen kann der von Ludloff beschriebene Epiphysenfleck führen. Dieser entspricht den Stellen an beiden Seiten des Kondylus, wo zahlreiche Vasa nutritia in den Kondylus hineintreten und der Umschlag der Synovialis liegt, verschwindet mit dem 17. Jahre ganz, um mit dem 25. Jahre wieder aufzutreten — als Ausdruck des noch bestehenden Knochenaufbaues resp. des schon wieder eingetretenen Knochenabbaues.

Pathologische Anatomie. Verf. bespricht zunächst die angeborenen Verbildungen, Defekte der Knochen, angeborene Coxa vara, fötale Chondrodystrophie. Bei Myxödem besteht sicher kein beschleunigter Verknöcherungsprozeß, wie das Virchow angenommen hat.

Bei Rachitis läßt das Röntgenbild selbst bei schlechter Technik den geringen Kalkgehalt erkennen, ferner die Verwirrung in der Anordnung der Knochenbälkchen, neben periostalen Hyperostosen.

Gute Röntgenogramme des osteomalakischen Beckens lassen sich wegen des Kalkverlustes nur sehr schwer herstellen; erst wenn das Höhestadium etwas abgeklungen hat, gelingt es, mäßig scharfe Bilder zu erhalten.

Ein pathologisches Novum verdanken wir ferner den Röntgenstrahlen: die sogenannte »akute Knochenatrophie«, welche sich an Verrenkungen, Knochenbrüche, Weichteilschädigungen und Tuberkulose schnell und im hohem Grade anzuschließen pflegt und auf trophoneurotische Ursachen, nicht auf Inaktivität zurückzuführen ist. Sie ergreift nicht nur den zunächst betroffenen Knochen, sondern auch benachbarte auf große Strecken und bietet mikroskopisch das Bild hochgradiger Rarefikation und Halisterese, auf dem Röntgenbilde meist ein scheckiges Aussehen, bedingt durch die im »Wirrwarr« verlaufenden Knochenbälkchen; viel geringer sind diese Erscheinungen bei der Inaktivitäts- und Altersatrophie.

Nach einigen kurzen Bemerkungen über Osteoarthropathie hypertrophiante geht Verf. näher auf die Knochenveränderungen ein, die durch Syphilis hervorgerufen werden. Hüfte und Femur werden von der Lues nur selten ergriffen; an den langen Röhrenknochen pflegt letztere eine starke Periostitis ossificans auszulösen, wie keine andere Krankheit. Syphilitische Sequester finden sich an

langen Röhrenknochen nur selten; das Charakteristische luetischer Totalnekrosen ist ihre Dichte, im Röntgenbild also ihr kräftiger, strukturloser Schatten, der scharf gegen die umgebende Zone kontrastiert.

Für die fötale Syphilis ist als Initialerscheinung die Verbreiterung und unregelmäßige Gestaltung der Verkalkungszone charakteristisch.

Ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sind die Röntgenstrahlen bei der akuten infektiösen Osteomyelitis geworden, zumal an der schwer abtastbaren Hüfte. Speziell die Wahl der Eingriffsstelle wird uns durch das Röntgenbild sehr erleichtert. Ferner sehen wir, daß nirgends eine Periostitis ossificans häufiger, intensiver, schneller und ausgedehnter eintritt als bei akuter, infektiöser Osteomyelitis. Die Sequester lassen sich leicht dadurch erkennen, daß sie durch eine kalkfreie Zone, den Demarkationsgraben, vom übrigen Knochen getrennt sind. Zusammenfassend sind als typische, radiologische Merkmale der Osteomyelitis zu nennen: akute, fleckige Atrophie, Sequesterbildung, Periostitis ossificans et rareficans, Resorption kleiner Sequester und Kloakenbildung.

Das allerwichtigste Gebiet der Hüftgelenkspathologie, die Hüftgelenkstuberkulose, hat ebenfalls durch die Röntgenstrahlen eine wesentliche Förderung erhalten, da besonders im Anfang andere, klinisch ähnlich verlaufende Krankheiten die Diagnose zweifelhaft erscheinen lassen können. Die Entzündung des Periosts ist hier von geringer Bedeutung; besteht die Erkrankung aber schon lange, kann man später öfters auch massivere Ossifikationen des Periosts finden. Affiziert ist meist die Rinde, selten die Markhöhle. Die Sequester markieren sich auf dem Röntgenbilde nicht besonders scharf. In sehr ausgedehntem Umfange tritt die akute Knochenatrophie bei der Tuberkulose auf; sie »unterscheidet sich von der anderer Affektionen durch ihr frühzeitiges, hochgradiges und über große Gliedabschnitte ausgedehntes Anftreten. Sie fehlt bei Tuberkulose hinwiederum dann, solange ein Herd in der Spongiosa primär und isoliert sein Dasein fristet, entwickelt sich aber bald, nachdem letztere die Gelenkkapsel oder den Gelenkknorpel, das Periost und die darüberliegenden Weichteile ergriffen hat«. Die tuberkulöse Synovitis ohne Knochenbeteiligung kennzeichnet sich durch geringere Schärfe der Gelenkspalten und größere Lichtdurchlässigkeit der Knochen. Bei Caries sicca sieht man einen scharfen, aber meist zackigen Rand am Caput femoris.

Bei Osteoarthritis deformans ist, wie uns jetzt das Röntgenbild lehrt, häufig auch die Gelenkkapsel, ja selbst das periartikuläre Bindegewebe von Knochenplatten durchsetzt. Verf. glaubt, daß diese Erkrankung häufig durch milde, mit Beweglichkeit ausheilende Tuberkulose der Hüfte veranlaßt werde.

Das klinische Bild der Coxa vara ist nicht immer von unzweifelhafter Sicherheit, und in manchen Fällen sind wir hier direkt auf das Röntgenbild angewiesen. Gegenüber Hofmeister empfiehlt K. die Rückenlage, bei möglichster Innenrotation. Coxa vara ist häufig Begleiterscheinung resp. Folge einer anderen Krankheit: Luxatio coxae

congenita, Femurdefekt, Osteomalakie, Arthritis deformans, Epiphysenlösung. Röntgenogramme von Coxa valga sind bis jetzt nur wenige veröffentlicht.

Bei Genu valgum seu varum trifft man die Wahl der für die Osteotomie geeignetsten Stelle ganz nach dem Röntgenogramm.

Im Kapitel Geschwulst weist Verf. darauf hin, daß wir mit den Röntgenstrahlen selbst die kleinsten Geschwülste wohl erkennen können, daß aber zugleich infolge der geringen Beschwerden die Pat. leider nicht zu dieser Zeit in die Behandlung der Röntgenologen kommen. Multiple kartilaginäre Exostosen der Hüfte finden wir bisher nur einmal beschrieben (vom Verf. selbst).

Frakturen des Acetabulum coxae sind außer wenigen Fällen (Ludloff) nicht bekannt geworden. Nach Beschreibung der übrigen bekannten Brüche und Verrenkungen bespricht Verf. noch die Weichteiluntersuchung mittels der Röntgenstrahlen. Für die Hüftgegend ist dabei mittelweiche Röhre und absolute Ruhe des Objektes nötig, wobei sich dann speziell Fascien oft gut abzeichnen. Wichtig ist die röntgenologische Untersuchung besonders bei Verkalkung der Gefäße und Muskel- oder Bindegewebsverknöcherungen (Tabes, Syringomyelie). Gegenüber Williams leugnet K. die Möglichkeit, normale Gefäße (wie A. dorsalis pedis) zu röntgenographieren.

Zur Aufsuchung der Fremdkörper empfiehlt er neben den üblichen Aufnahmen in zwei verschiedenen Richtungen die Anwendung von Bleidrahtmarken. Nach seiner Erfahrung liegen übrigens $^3/_4$ aller Fremdkörper direkt unter der Haut.

Die Reproduktion der Röntgenogramme ist zum Teil hervorragend schön, wenn auch die manchmal sehr starke Verkleinerung die Klarheit der Detailszeichnung etwas beeinträchtigt.

Gaugele (Zwickau).

Kleinere Mitteilungen.

I.

(Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe. Direktor: Prof. Dr. v. Beck.)

Ringknoten.

Von

Dr. **Arthur Hofmann.**

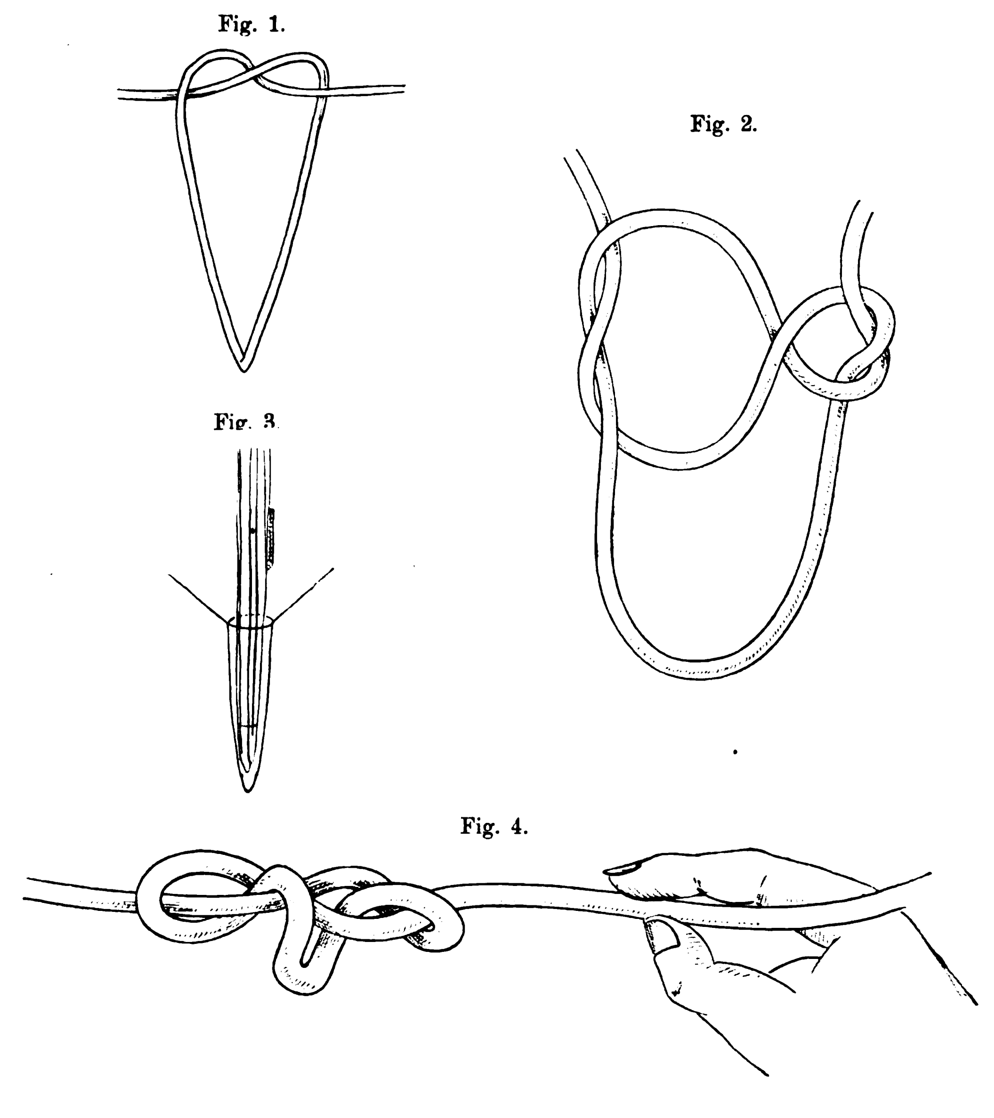
Der Ringknoten soll vornehmlich bei Ligaturen und Nähten in der Tiefe Verwendung finden. Er wird auf folgende Weise geknüpft:

Nachdem der Faden um die Spitze der Klemme geschlagen ist, oder nachdem zwei Wundränder mit der Nadel durchstochen sind (z. B. bei der Gaumenplastik), wird eine gewöhnliche Schleife gemacht, indem wie bei dem einfachen Knoten ein Fadenende um das andere geschlungen wird. Zieht man nun diese Schleife etwas auseinander, so entstehen zwei Ringe (cf. Fig. 1).

Durch jeden Ring wird nun ein Fadenende durchgeführt (cf. Fig. 2).

Jetzt wird willkürlich ein Ring — welcher von den beiden ist gleichgültig — ausgeweitet, wie es Fig. 2 darstellt. In diesen erweiterten Ring wird ein Führungsstab in Form eines Schiebers oder einer Pinzette eingeführt, so daß die Spitze des Instrumentes bis an die Stelle des künftigen Knotens gebracht wird.

Indem nun mit beiden Enden die Fadenenden angezogen werden, wobei mit beiden Zeigefingern der für das Hinabgleiten des Ringes nötige Druck ausgeübt wird, schließt sich der Ring direkt über der Spitze des Führungsstabes, und zwar an der Stelle seines Bestimmungsortes, zum Knoten (cf. Figg. 3 und 4).


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Die an und für sich schon genügende Festigkeit des Ringknotens kann durch eine darüber gelegte einfache Schleife noch verstärkt werden.

Die Ausführung ist keineswegs umständlich und so einfach wie die Figuren erläutern.

Indiziert ist der Ringknoten bei tiefen Ligaturen und Nähten, namentlich in infiltriertem oder derbem Gewebe.

Auch Sehnen können mittels dieses Knotens vereinigt werden. Die Naht gestaltet sich dann folgendermaßen:

Der Sehnenstumpf wird durchstochen und darüber der Ring gelegt und angezogen. Nachdem dies bei jedem der beiden Sehnenfragmente geschehen ist, werden die entsprechenden Fäden geknüpft.

II.

Zum Gallensteinileus.

Von

Dr. Franz Fink,
Primarius des allgemeinen Krankenhauses in Karlsbad.

Dem bekannten Bilde des Gallensteinileus vermag ich ein solches mit einer im Wesen verschiedenen Mechanik der Obstruktion an die Seite zu stellen. Das Wesen der Verschiedenheit dieser Obstruktion liegt darin, daß die Konkremente, in der Gallenblase liegend, durch die Veränderungen der Größe und Form der letzteren einen temporären partiellen, auf eine lange Zeit sich ausdehnenden Verschluß des Darmes hervorriefen.

Ich will das Wichtigste aus dem Krankheitsverlaufe kurz verzeichnen, dann das Krankheitsbild, den anatomischen Befund und die Mechanik besprechen.

Die 51 Jahre alte Pat. litt seit ihren Mädchenjahren an Obstipation mit zunehmender Verschlimmerung. Der Beginn der ersten Magenkrämpfe ist ihr nicht erinnerlich. Sie weiß, daß die schon früher zeitweise aufgetretenen Koliken sich jedesmal ziemlich heftig beim Stillen der Kinder wiederholten und seit dem Stillen des letzten Kindes, vor 15 Jahren, ausgesetzt hatten. Seit beiläufig 4—5 Jahren stellten sich Beschwerden anderen Charakters ein, bestehend in andauernden, heftigen, im ganzen Leibe ausstrahlenden Schmerzen, die während des Tages bei der Arbeit, am häufigsten und heftigsten aber in der Nacht im Schlafe auftraten, zufolge deren die Kranke erwachte und ohnmächtig wurde. Zu Neujahr 1905 kam ein neues Symptom hinzu: Übelkeit seitens des Magens und Erbrechen. Wegen dieses Zustandes gebrauchte sie im Mai d. J. die Kur in Karlsbad. Während der ersten 8 Tage Wohlbefinden, hierauf Schmerzen im Leibe mit heftigem Brechreiz und wiederholtem Erbrechen. Nach 3wöchiger erfolgloser Kur traten zuhause 3mal Gallensteinkoliken auf, nach deren Ablauf ein weiteres Symptom, Auftreibung des Unterleibes, Fehlen von Gasen und ein kollapsartiger Zustand mit Puls- und Herzschwäche sich hinzugesellte, so daß sie zufolge der konstanten Steigerung der Schmerzen in ihrer Ernährung zurückging. Wegen dieser Zustände konsultierte mich die Kranke.

Bei der stark abgemagerten, leidend aussehenden Kranken fand ich nur in der Gegend der Gallenblase eine deutliche, bei bimanueller Untersuchung druckschmerzhafte Resistenz. Die Magenblähung am 22. Oktober ergab eine Dilatation bis nahe an die Symphyse, die Magensaftuntersuchung am 23. Oktober den Befund von Milch- und Salzsäure. Während einer Woche bei strenger Diät und Verabreichung geringer Quantitäten Thermalwassers 3 einen ganzen Tag dauernde Anfälle, deren Charakter von Gallensteinkoliken ganz verschieden waren. Die Schmerzen strahlten in den ganzen Unterleib aus und wurden zeitweise in der Gegend des Typhlons am intensivsten empfunden, gingen mit Magendruck, Magenschmerzen, Brechreiz und heftigem Erbrechen einher, führten nach einigen Stunden Dauer zur Aufdämmung und Auftreibung des Leibes bei vollständigem Fehlen von Gasabgang, so daß die Kranke den Eindruck einer Pat. mit Okklusionserscheinungen darbot. Bei der ersten Attacke, bei welcher von einem Kollegen eine Auftreibung des Leibes mit Steifung des Darmes konstatiert wurde, hat die Ver-

abreichung eines Klysmas, bei der zweiten Attacke eine Magenausheberung eine Besserung und ein langsames Verlieren der Erscheinungen herbeigeführt, bei einem dritten, sehr heftigen, den ganzen Tag dauernden Anfalle war die Auftreibung des Leibes eine bedeutende. Der Dünndarm bildete deutliche tast- und sichtbare Wülste mit peristaltischen Bewegungen. In der rechten Abdominalhälfte konnte ich im Konvolut der Därme zwei kleinhühnereigroße, deutlich umschriebene, hintereinander gelagerte, rundliche Körper für einige Augenblicke tasten. Beobachtungen und Befund bestimmten mich zur Diagnose Cholelithiasis mit Perforation der Konkremente in den Dünndarm, Wanderung der Steine, chronischer Ileus.

Die dringend empfohlene Operation wurde am 3. November vorgenommen. Medianschnitt. Leichte Hepatoptose. In der rechten Abdominalhälfte liegt zwischen den Dünndarmschlingen eine wurstförmige Geschwulst von 3 cm Querdurchmesser. Es ist die mächtig elongierte Gallenblase, die, um 12 cm den Rippenbogen überragend, ohne Verwachsung mit dem Inhalte der Bauchhöhle, in ihr wie ein Pendel sich hin und her bewegen läßt. Bei Verlagerung in die linke Bauchhöhle reicht sie über die Nabelhorizontale, in der rechten bis an das Coecum. Sie besteht aus zwei durch eine Einschnürung markierten Abschnitten, dem Pol der Blase mit zwei kleinhühnereigroßen, harten Konkrementen und dem mit einer Flüssigkeit gefüllten Körper. Die Leber, nahe der Gallenblase, ist bindegewebig verändert, der Magen mäßig dilatiert und der Pylorus von der Geschwulst überlagert. Punktion der Blase. Entleerung einer gelatinösen, klaren Flüssigkeit. Exstirpation. Die an ihrem Halse stark ausgedehnte und mit Konkrementen angefüllte Blase ist an dieser Stelle mit dem Duodenum verwachsen. Tamponade des Blasenbettes. Verkleinerung der Bauchwunde. Glatter Heilungsverlauf.

Das Präparat mißt in toto 20 cm. Die Blasenwand ist stark verdickt, ihre Schleimhaut geschwollen, gerötet, entsprechend der Einschnürung unter dem Pol eine bindegewebige Veränderung in Form einer zirkulär vorspringenden Leiste, welche das Lumen verengert und dadurch die zwei Konkremente von dem übrigen Hohlraum abschließt. Während der lang ausgedehnte, zylindrische Körper der Blase nur die klare, gelatinöse Flüssigkeit enthält, findet sich am Blasenhals ein drittes, dickes, hühnereigroßes Konkrement und 14 kleinere. Die mehr gewulstete Schleimhaut zeigt an einer Stelle eine hahnenkammförmige Wucherung.

Das Charakteristische dieses Falles liegt, wie erwähnt, in dem Krankheitsbild, in dem bei der Operation gemachten pathologisch-anatomischen Befund an der Blase, in der den Ileus bedingenden Mechanik.

Im Krankheitsbilde lassen sich drei Phasen unterscheiden. Die erste an die seit Kindheit bestehende Konstipation sich anschließende Phase bot das markante Bild einer Cholelithiasis ohne Ikterus und Fieber, das Bild einer Blasencholelithiasis, welche seit dem letzten Partus in die zweite der nahezu 15 Jahre dauernden Latenz überging. In die letzten 4—5 Jahre dieser Latenz fällt der Beginn der dritten Phase mit den Symptomen des Darmverschlusses.

Durch die Operation wurde die Diagnose im allgemeinen bestätigt. Im besonderen unterschied sich der pathologisch-anatomische Befund von dem beim gewöhnlichen Ileus in einem wesentlichen Punkte. Der chronische Ileus war durch Steine hervorgerufen, welche sich noch in der Gallenblase befanden und sie zu der beschriebenen Art umgewandelt hatten. Das Wesentliche ihrer Veränderung bildete ihre Größe und Form, die durch ihre Inhaltsverteilung, hauptsächlich der Konkremente, bedingt wurden. Letztere war die Ursache der zunehmenden Vergrößerung der Blase, indem einerseits die am Pole festsitzenden Konkremente durch ihr Gewicht eine ständige Traktion und eine Elongation der Blase herbeiführten, andererseits die im Blasenhals festsitzenden Steine dem in ihr sezernierten Schleime den Austritt verwehrten, somit zur immer größeren Anhäufung führten, wodurch eine weitere Ausdehnung im Längs- und Breitendurchmesser erfolgte. Die Blase zeigte eine pralle Spannung, die darmartige Form außerdem eine leichte konvexe Krümmung nach dem Peritoneum parietale, am Pol entsprechend der Einschnürung gegen den Fundus zu eine hakenförmige, scharfe Abbiegung.

Aus dieser Form und Beschaffenheit der Blase und der Verteilung ihres Inhaltes erklärt sich auch die Mechanik und die Entwicklung des Krankheitszustandes, die langsame Steigerung der Beschwerden bis zur partiellen und temporären Okklusion. Solange die Blase frei ohne Verwachsungen in die Bauchhöhle hineinragte, zwischen den Dünndarmschlingen leicht pendulierte, erregte sie mit ihren Bewegungen mechanische Reizungen des Dünndarmes und des peritonealen Überzuges der Bauchhöhle, welche als intensive Schmerzen im ganzen Unterleibe empfunden wurden. Durch ihr Gewicht und die Traktion wurde der Brechreiz und der Magendruck hervorgerufen. Mit der zunehmenden Vergrößerung und Gewichtszunahme durch die Innensekretion der Blase, sowie durch das Wachstum der Steine kam es wohl auf zweifache Weise zur Entstehung des Ileus. Zum Teil hat der Blasenkörper durch seinen Längs- und Breitenumfang zur Kompression des Pylorus und des Lumens des Dickdarmes geführt, die zwischen sie und die harte Unterlage der Wirbelsäule zu liegen kamen, zum Teil war es der mit Konkrementen gefüllte Pol der Blase, welcher gleich einer Keule den Dünndarm gegen die feste Unterlage des Promontorium oder die Fossa iliaca andrückte und die Fortbewegung des Darminhaltes hemmte. In noch höherem Maße war dies der Fall durch das Zusammenwirken beider Momente, indem der scharf abgebogene Pol den Darm einhakte uud der Körper ihn zugleich komprimierte. Für diese Auffassung sprach die Wahrnehmung zweier fester Körper, welche, aus der Tiefe gegen die vordere Bauchwand emporgehoben, für einige Augenblicke tastbar wurden, um dann wieder zu verschwinden. Die peristaltische Bewegung des geblähten Darmes und seines Inhaltes brachte die pralle Blase der Bauchwand näher, änderte ihre Lage in der Bauchhöhle, um an einer anderen Stelle ähnliche Erscheinungen hervorzurufen. Es befand sich somit die Gallenblase in ständiger Bewegung, sei es, daß sie mit Veränderung der Körperlage ihre eigene wechselte, sei es, daß sie bei Ruhelage des Körpers durch die Peristaltik des Darmes und Fortschaffung seines Inhaltes bewegt wurde. So sind die ununterbrochenen Schmerzen im Unterleibe mit den zeitweilig auftretenden, durch Tage und darüber währenden Attacken, die in der letzten Zeit sich häuften, zu erklären. Zur Nachtzeit verharrte sie bei horizontaler Körperlage kürzere oder längere Zeit an ein und derselben Stelle, womit die bei Nacht auftretenden intensiven Schmerzen mit den darauffolgenden Kollapszuständen ihre natürliche Erklärung finden.

Ich habe diesen an und für sich seltenen Fall mitgeteilt, weil ich in den ausgezeichneten Arbeiten über diesen Gegenstand weder bei Naunyn noch bei Körte ein derartiges Krankheitsbild und eine solche Mechanik eines chronischen Gallensteinileus verzeichnet finde.

---

22) **P. Klemm.** Ein Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome.
(Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 541.)

Bei einem 2½jährigen Kinde entwickelte sich unter Schmerzen im Leib und zunehmender Verstopfung eine erhebliche Schwellung des ganzen Bauches. Gleichzeitig trat Appetitlosigkeit und starke Gewichtsabnahme ein. Über dem ganzen Bauch bestand leerer Perkussionsschall, nirgends Darmschall. Dagegen ließ sich durchweg eine prall-elastische Fluktuation nachweisen. Die Palpation ergab keine abgrenzbare Geschwulst, keinerlei Resistenzen oder Unterschiede in der Konsistenz.

Laparotomie. Es fand sich eine mehrkammerige, kindskopfgroße Geschwulst, deren Hohlräume nur z. T. miteinander kommunizierten, und die sich zwischen den Gekröseplatten des oberen Ileum entwickelt hatte. Über die Kuppe der Cyste zog ein 1,5 cm breites, völlig platt gedrücktes Band, das der Cystenwand fest und unverschieblich aufsaß und sich als Dünndarm erwies. Da eine Lösung nicht möglich war, mußte das ganze der Cystenwand aufsitzende Dünndarmstück, ca. 30 cm, reseziert werden; danach gelang die Entfernung der Geschwulst leicht. Zirkuläre Darmnaht — Mesenterialnaht — Heilung.

Die Cyste stellte eine kindskopfgroße, kugelige Geschwulst dar, die aus einem System von Kammern bestand, deren Größe zwischen einer Faust und einer Walnuß schwankte. An der Innenfläche der Cysten ragten leistenartige Vorsprünge

in die Lichtung. Die Cystenwand war 4 mm dick, der Cysteninhalt dunkelgelb, dickflüssig; seine Menge betrug $1^1/_2$ Liter. Er erwies sich als Chylus. In der Umgebung der Cyste zeigte sich im intramesenterialen Raum eine starke Erweiterung und Schlängelung der Lymphgefäße; einzelne Gefäße erreichten die Stärke eines Bleistiftes. Die mikroskopische Untersuchung ergab in erster Reihe eine Wucherung der Lymphgefäße. Eine Besprechung der mannigfachen, cystischen Gekrösgeschwülste in kasuistischer, histologischer, klinischer und entwicklungsgeschichtlicher Hinsicht, sowie ein umfangreiches Literaturverzeichnis bilden den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

23) **G. Roegner.** Ein Enterokystom des Mesenteriums und Netzes.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXI. p. 521.)

Es handelt sich um ein colloidales Kystom, das vom Mesenterium des Dünndarmes ausging und mit ersterem durch einen 6 cm breiten Stiel verbunden war.

Die Geschwulst hatte sich bei einer 69jährigen Frau im Laufe der letzten 2 Jahre entwickelt; mit ihrem Wachstum — sie hatte zuletzt Dimensionen von 20:7:17,5 erreicht — hatten sich Schmerzen in der Kreuzgegend, Verstopfung und Harndrang eingestellt; Kachexie war nicht vorhanden. Laparotomie. — Heilung. Die mikroskopische Untersuchung — deren Einzelheiten sich für ein kurzes Referat nicht eignen — ergab in der Cystenwand — besonders bei den ganz kleinen Cysten — neben hohem Zylinderepithel als auffallendsten Befund zahlreiche, in starker Sekretion begriffene Becherzellen. Mucin fehlte. — Es folgt dann eine Besprechung der Literatur und Entwicklungsgeschichte. Verf. kommt zu der Ansicht, daß es sich in diesem Falle um ein Enterokystom handelt, das sich aus Entodermkeimen entwickelt hat, die in einem sehr frühen Entwicklungsstadium des embryonalen Lebens abgesprengt sind. Dafür spricht die vollständige Trennung der Cyste vom Darm und seinen Anhängen, die ausschließliche Lokalisation auf Mesenterium und Netz. **Doering** (Göttingen).

24) **Payr.** Verkalktes Dermoid des Beckenbindegewebes.

(Aus dem Verein der Ärzte in Steiermark vom 27. Februar 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Die 150 g schwere, im hinteren Douglas eingezwängte, etwa faustgroße Geschwulst hatte bei der 70jährigen Pat. hauptsächlich Stenosenerscheinungen gemacht. Die Annahme eines inoperablen Karzinoms der vorderen Mastdarmwand fand erst bei der Laparotomie ihre Aufklärung. **Hübener** (Dresden).

25) **A. Martina.** Heilung eines Falles von peniscrotaler Hypospadie nach der I. Beck'schen Methode.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 306.)

Der von M. beschriebene Fall, von Payr in der Grazer Klinik operiert, beweist, daß die Beck'sche Hypospadieoperation nicht nur bei den leichteren, balanitischen und penilen Formen der Krankheit, sondern auch bei scrotaler bzw. perinealer Hypospadie noch guter Resultate fähig ist.

Pat., ein 5jähriger Knabe, einen kleinen, abwärts gekrümmten Penis besitzend, zeigte die Harnröhrenmündung $2^1/_2$ cm hinter der Eichel, also mehr am Damme, weshalb er auch, zum Urinieren in hockender Stellung genötigt, noch Mädchenkleider trug. Bei der Operation wurde das Harnröhrenende freipräpariert und mitsamt seinem Corpus cavernosum bis zum Ende des Bulbus lose gemacht. Tunnelierung der Eichel mittels zweischneidigen Messers, Durchführung der mit Fäden angeschlungenen Harnröhre, Naht. Da zunächst kein Verweilkatheter eingelegt war, Retention aber eintrat, mußte die ersten Tage katheterisiert werden, was zunächst auch leicht ging. Am 3. Tage gelang der Katheterismus erst unter Narkose, weshalb nun ein Dauerkatheter genommen wurde. Es empfiehlt sich also, solchen von vornherein anzuwenden. Endresultat gut: Urinentleerung im Strahle. Zwei Abbildungen zeigen die Genitalien des Knaben vor und nach der Operation.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



26) **C. Beck.** Urethroplastic dislocation.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Mai 13.)

B. hat von seiner Verlagerungsmethode der Harnröhre selbst in einem Falle von Hypospadia scrotalis bei einem 4jährigen Knaben mit Erfolg Gebrauch gemacht, unter Tunnelierung des ganzen Penis. Die starke Spannung an der Öffnung an der Eichel wurde durch Entspannungsnähte an verschiedenen Punkten des Kanales unschädlich gemacht. Dafür trat eine Verkürzung und leichte Verkrümmung des Penis ein; diese wurde beseitigt durch Bildung eines Lappens aus dem langen dorsalen Präputium und Einnähung in den Sulcus coronarius an der Unterfläche. Zwar ist der Penis recht klein, aber B. erwartet noch Besserung von der weiteren Entwicklung. Freilich ist eine solche Dehnbarkeit der Harnröhre keineswegs immer vorhanden, und es ist für den Operateur schwer zu entscheiden, wieviel er ihr im einzelnen Falle zutrauen darf.

B. hat ein eigenes Instrumentarium für diese Plastiken angegeben, kleine Haken und Hakenklemmen mit vielen feinen Zähnen; ferner Messer, Nadeln und Scheren, die besonders bei Kindern gute Dienste leisten. — Der Aufsatz enthält noch weitere Krankengeschichten und technische Bemerkungen, deren Wiedergabe ohne Bilder wenig Wert hat. **Lengemann** (Bremen).

27) **Winkler.** Beiträge zu der Frage der para-urethralen gonorrhoischen Erkrankungen.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 9.)

Bericht über eine mit Epithel ausgekleidete, gonorrhoisch infizierte Cyste an der Unterwand der Vorhaut in der Raphe. Die Cyste besaß von einer früheren Inzision her eine feine, nach außen gehende Fistel, durch die wohl auch die Infektion erfolgt ist. Nach Exzision trat Heilung ein.

Außerdem werden zwei Fälle von gonorrhoischer Infektion von para-urethralen Gängen beschrieben.

In dem einen Falle war der Gang vielfach verzweigt; es bildeten sich vielfache eitrige Pusteln, den Verzweigungen entsprechend, die zur Perforation führten.

Willi Hirt (Breslau).

28) **Creite.** Peniskarzinom bei einem 2jährigen Kinde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 299.)

Der in der Göttinger Klinik beobachtete Knabe hatte ohne sonstige Krankheitserscheinungen einen seit etwas über 8 Tagen entstandenen Priapismus (cf. Photogramm) und zeigte hiervon abgesehen außer einem walnußgroßen, undeutlich fluktuierenden Knoten in der Dammgegend nichts Besonderes. Bei der Operation wird dieser Knoten freigelegt und zeigt sich auf einem mikroskopischen Präparat als aus epithelialen Zellen gebildet. Bei der nun angeschlossenen Operation findet sich, daß die Geschwulst die Harnröhre völlig umwachsen hat und sich in die Corpora cavernosa, deren Hohlräume ausfüllend, mit Freilassung der Eichel fortsetzt. Neubildung nebst Penis exstirpiert, Harnröhre am Damm eingenäht. Wundheilung glatt und zunächst gute Erholung — dann Verfall mit heftiger Bronchitis, Entlassung in elendem Zustande nach Hause, wo bald danach der Tod eintrat.

Histologische Präparate zeigten sehr großen Zellreichtum bei spärlichem Stroma. Die Zellen sind von kubischer oder zylindrischer Form, teilweise schlauchförmig angeordnet (cf. mehrere Abbildungen). An der krebsigen Natur der Geschwulst ist nicht zu zweifeln, doch blieb der Ausgangspunkt und die Entstehungsart der Geschwulst unaufgeklärt. Sehr auffallend und, wie Revision der Peniskarzinomstatistik ergibt, einzig dastehend ist das zarte Alter, in dem der Pat. von der Krankheit ergriffen ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).



29) **Freyer.** Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ; with a review of 206 cases of the operation.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Vor 4 Jahren berichtete F. über 4 erfolgreiche suprapubische Prostatektomien. Inzwischen ist die Zahl seiner Operationen auf 206 angestiegen, über deren letzte 36 er hier berichtet. Von diesen 36 starb nur einer: ein Mann von 57 Jahren, der seit 9 Jahren ein Katheterleben geführt hatte, 7 Stunden nach dem ungewöhnlich blutig verlaufenen Eingriff im Kollaps. Sektion wurde nicht erlaubt. Von im ganzen 203 Exstirpationen bei reiner Prostatahypertrophie endigten 16, d. i. weniger als 8%, tödlich. Die Mortalität bei den ersten 100 Fällen betrug 10%, bei den übrigen 103 Fällen weniger als 6%. Unter den Operierten befanden sich 14 mehr als 80jährige, die alle mit gutem Erfolge den Eingriff überstanden. Im Auszuge werden 11 Krankengeschichten mitgeteilt. **W. Weber** (Dresden).

30) **T. Walker.** A note on a specimen of bladder and urethra removed two years after suprapubic prostatectomy.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Bericht über ein Präparat, das 2 Jahre nach einer suprapubischen Prostataentfernung gewonnen wurde von einem Pat., der an einer bösartigen Geschwulst des Blasengrundes zugrunde gegangen war. Das ursprüngliche Bett der Prostata war haselnußgroß und ungefähr viereckig. Der Übergang in die Blase war etwas verengert durch eine weißliche, zähe, glatte Schwelle, die den hinteren Teil des Prostatabettes zum Teil überdachte und das Eindringen einer Kleinfingerkuppe erlaubte. Der Übergang in die Harnröhre war etwa bleistiftdick und zeigte als Fortsetzung der Schleimhaut der Pars membranacea hinten einen zungenförmigen Fortsatz, der bis zur Mitte des Prostatabettes reichte. Die Neubildung des Blasengrundes zeigte mikroskopisch keine Gewebsreste, die auf eine Prostata zu deuten gewesen wären. Es zeigt sich also, daß 2 Jahre nach der Prostatektomie keine völlige Verödung des Bettes stattgefunden hat, obwohl man annehmen muß, daß die retrahierenden Vorgänge abgeschlossen sein müssen, und daß der Übergang von Blase zu Prostatabett und Harnröhre genügend weit bleibt.

W. Weber (Dresden).

31) **Villar** (Bordeaux). Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre, chez la femme.

(Arch. prov. de chir. 1905. Nr. 6.)

Eine 37jährige Frau, die drei Entbindungen gehabt und jahrelang wegen periodisch auftretender Harnbeschwerden und Lendenschmerzen zeitweise auf Wanderniere behandelt worden war, bemerkte ein Hervortreten einer Geschwulst durch die Harnröhrenöffnung unter heftigen Schmerzen. Zunächst gelang es dem untersuchenden Arzte nicht, diese zu finden, da sie offenbar bei veränderter Körperhaltung immer wieder zurücktrat. Eines Tages fand man eine weiche, leicht eindrückbare, haselnußgroße Geschwulst aus der Harnröhrenöffnung hervorgetreten, die man als kongestionierte Blasenschleimhaut ansprechen mußte. Die Sondenuntersuchung ließ annehmen, daß dieser Vorfall die rechte Seite der Blasenschleimhaut darstellte.

Mit Rücksicht auf die heftigen, das allgemeine Nervensystem schwer schädigenden periodischen Schmerzanfälle ließ sich die Frau zur Exzision der vorgefallenen Blasenschleimhaut nach Sectio alta bereit finden, wobei sich die Diagnose vollauf bestätigte.

Eine Durchsicht der französischen Literatur ergab, daß nur zwei Arbeiten (Patron, Arch. génér. de méd. 1857, und Vary, Thèse 1895) sich mit diesem Blasenschleimhautvorfall beschäftigt haben und im ganzen über sechs Fälle berichten.

Im allgemeinen wird eine prophylaktische Behandlung nach des Verf.s Ansicht das Leiden verhüten können, für größere Vorfälle empfiehlt er das von ihm eingeschlagene Vorgehen. **Stolper** (Göttingen).

32) **Maeder.** Ein Fall von geheilter traumatischer intra- und extraperitonealer Blasenruptur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 317.)

Der 50jährige Pat., dessen Blasenriß rechtzeitig erkannt und 14 Stunden nach der Verletzung im Diakonissenhause zu Posen von Borchard glücklich operiert wurde, war im Dunkeln durch Fehltritt auf der Treppe ausgeglitten und bei gefüllter Blase mit dem Bauche gegen ein Bierfaß gefallen. Bei der Operation wurde zunächst durch Epicystotomieschnitt der prävesikale Raum extraperitoneal eröffnet und, nachdem er urinhaltig befunden, die Blase in der Mittellinie eröffnet und durch ihre digitale Abtastung der intraperitoneale Riß festgestellt. Erst danach wurde das Bauchfell eröffnet und der Eingriff durch Naht usw. vollendet. Auf den intraperitonealen Rißteil wurde ein feines Gazedrain gelegt.

Der Mitteilung des Falles folgen kurze Allgemeinbemerkungen zur Symptomatologie, Diagnose und chirurgischen Versorgung der Verletzung. Betreffs letzterer will M. stets dem zunächst zu machenden Blasenschnitte vor Eröffnung der freien Bauchhöhle den Vorzug geben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) **E. Deetz.** Extraperitoneale Pfählungsverletzung mit Blasen-Mastdarmfistel. Epicystotomie am 3. Tage.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 322.)

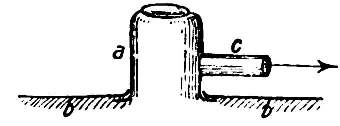
Die der Rostocker Klinik gehörige Beobachtung betrifft einen 13jährigen Jungen, der sich auf dem Feld auf einen Hammer setzte. Der eigentliche Hammer rutschte plötzlich über den zu dünnen Stiel, und dieser drang ca. 5—6 cm in den Mastdarm, um dann von selbst heraus zu fallen. In der Klinik zunächst keine bedrohlichen Erscheinungen. Am 3. Tage zeigen sich Eiter und Kotteilchen im Urin und entleert sich solcher auch durch den After. Deshalb hoher Blasenschnitt, wobei das Beckenbindegewebe ödematös durchtränkt, aber nicht blutig infiltriert befunden wurde. Aus der Blase wird ein Stück von der Hose des Jungen extrahiert. An ihrer Hinterwand die $1^1/_2$ cm lange Perforationswunde zum Mastdarme mit zackigen und schmierig belegten Rändern. Umschneiden und Vernähen derselben mit zweietagiger Catgutnaht. Vorn in der Blasenwand wird eine Schrägfistel zur Einlegung eines Katheters angelegt, die Nachbehandlung mit Spülungen sowie Urotropin und Fachinger innerlich geleitet. Glatte und vollkommene Genesung. — Analoge Verletzungen sind wiederholt spontan geheilt, bei anderen, wo die Blasenkörper nicht spontan mit dem Urin herauskommen konnten, mußte aber sekundär wegen Steinbildung lithotomiert werden. Die im berichteten Falle sofort gemachte Epicystotomie empfiehlt sich zur Nachahmung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **G. H. Colt.** Remarks on the after-treatment of cases of suprapubic cystostomie, with a description of a new dressing for the purpose.

(Lancet 1905. November 4.)

Verf. beschreibt einen von ihm erfundenen und im St. Bartholomews Hospital erprobten Apparat zur Nachbehandlung von Bauchfisteln (Harnblasen-, Gallenblasen- usw. Fisteln). Der Apparat soll das fortwährende Durchtränktwerden der Verbandstoffe verhindern und daher die Nachbehandlung der in Frage kommenden Krankheiten erheblich verbilligen. Es besteht der nach Ref.s Ansicht sicherlich praktische Apparat aus einem Glaszylinder *a*, einer Unterfläche *b*, die der Haut anliegt, aus Gummi, und einem



Abflußrohr *c*. Die Gummiunterlage wird mit einer Lösung von reinem Gummi in Naphtha an die trocken gemachte Haut angeleimt. Darauf steigt die aufzufangende Flüssigkeit in dem Zylinder *a* hoch und fließt durch das Ableitungsrohr *c* ab. Ein häufiger Verbandwechsel wird so erübrigt. Ein erheblicher Vorteil ist, daß man das das Sekret auffangende Rohr nicht in die Fistel hereinzustecken braucht, wobei diese doch nur erweitert würde.

Der Apparat Verf.s, den man sich jedoch nach diesen Angaben sicher leicht selbst herstellen lassen kann, wird von Messrs. Down bros Ltd. in London angefertigt. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

35) **Fortescue-Brickdale.** A note on congenital dilatation of the ureters with hydronephrosis.

(Bristol med.-chir. journ. 1905. September.)

F. sah in drei Fällen bei Kindern von 5, 12 und 26 Monaten eine anscheinend angeborene Erweiterung der Harnleiter mit Hydronephrose gelegentlich der Sektion. Die Todesursache stand wohl kaum mit diesem Befund in Zusammenhang. Die Blase war stark hypertrophisch, die Harnleiter erweitert und gewunden; die Erweiterung hörte beim Eintritt in die Blase plötzlich auf, und der intramuskuläre Teil des Harnleiters war sehr eng. Irgendeine örtliche Ursache für die Erweiterung war nicht sicher festzustellen; jedoch glaubt F., daß das Primäre die Hyperplasie der Blase sei, welche event. im Verein mit Muskelspasmen der Harnleiteröffnung zu einem Zustande führe, der in Analogie mit der angeborenen Pylorusstenose zu setzen sei. Diese Erklärung trifft jedoch nicht für alle Fälle zu; denn eine Verdickung der Blasenwand fehlte in einzelnen analogen Fällen, in anderen fand sich eine deutliche Klappenbildung in der Harnröhre. **Mohr** (Bielefeld).

36) **A. Läwen.** Beiträge zur Kenntnis plastischer Operationen am Nierenbecken bei Hydronephrose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 99.)

Die plastischen Operationen am Nierenbecken und Harnleiter zur Heilung der Hydronephrose haben mit Trendelenburg im Jahre 1886 begonnen, wonach zahlreiche Operationsmethoden zu dem Zweck ersonnen und praktisch erprobt wurden. Unter Zugrundelegung der Einteilung dieser Methoden nach Küster und Fenger gibt L. zunächst eine Übersicht des bislang auf dem Gebiete geleisteten, um schließlich näher die Praxis des ursprünglich von Trendelenburg erfundenen Verfahrens, der »transpelvischen Klappenoperation«, zu besprechen. Dieselbe besteht in Spaltung des Hydronephrosensackes, gefolgt von Spaltung des ureteropelvischen Spornes, welcher, bei Füllung des Sackes durch Druck undurchgängig werdend, die Urinentleerung hindert, und schließlicher Vernähung der Schleimhaut des Harnleiters mit der des Nierenbeckens.

Es werden zwei neue Fälle Trendelenburg's beigebracht.

Fall 1, einen 5½jährigen Knaben betreffend, wurde in einer Operationssitzung glatt zur Heilung gebracht. (Lendenschnitt, Eröffnung des Sackes, Spornspaltung, Verlagerung des Harnleiters an die tiefste Stelle mittels Spaltung des Spornes, Catgutnaht zwischen Harnleiter und Nierenbecken. Resektion des Sackes, gefolgt von Naht nach Lembert, Drainage usw.)

Fall 2, ein 36jähriger Mann, ist analog behandelt, doch verlief infolge eintretender Eiterungen die Heilung nicht ohne Störung. Anwendung des permanenten Bades, mehrfache Drainagen usw. wurden erforderlich, indes ist, wenngleich der Pat. noch der Behandlung bedarf, sein jetziger Zustand befriedigend. Der Fall interessiert besonders deshalb, weil der Kranke höchst wahrscheinlich nur die eine hydronephrotische Niere besitzt — er beweist mithin die Wichtigkeit der konservativen Behandlung gerade bei dem fraglichen Leiden besonders einleuchtend.

Im ganzen liegen jetzt 13 Fälle transpelvischer Spornoperation bei Hydronephrose vor. Neun Fälle sind völlig, einer mit kleiner Fistel geheilt. Zweimal mußte sekundär nephrektomiert werden, ein Pat. starb an Ileus. Mit Ausnahme



dieses Falles, der laparotomiert ist, wurde stets der extraperitoneale Weg zur Nierenfreilegung eingeschlagen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

37) **Wolffhügel.** Ein seltener Fall doppelseitiger Sackniere nach Trauma. (Aus dem kgl. Garnisonlazarett in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Nach einem Sturze vom Pferde hatte der 21jährige Kavallerist Schmerzen in der linken Nierengegend und für die Dauer von $1^1/_2$ Tagen Blutharnen gehabt, seinen Dienst dann aber weiter fortgesetzt, bis sich nach 1 Monate Stärkerwerden des Leibes und nach 2 Monaten, unter zunehmenden Schmerzen in der linken Nierengegend, eine druckempfindliche Geschwulst und eine Überdehnung der Blase mit zeitweiliger Harnverhaltung bemerkbar machte. Die Geschwulst wurde als intermittierende Hydronephrose festgestellt, ihre Operation vom Pat. verweigert und schließlich auch rechterseits eine Hydronephrose nachgewiesen. Infolge Einlegens eines Verweilkatheters in die Harnblase entstand durch Infektion ein Blasenkatarrh, der durch die Steigerung des Harndranges und häufigere Urinentleerung zu einer Entlastung der Blase und beider Nierensäcke führte, dessen linksseitiger indes allmählich die Erscheinungen einer Druckatrophie des Nierenparenchyms darbot. W. bespricht mit großer Breite die Entwicklung der Symptome und kommt zu dem Schlusse, daß das Trauma durch Bildung eines Abflußhindernisses in den obersten linksseitigen Harnwegen den ersten Anstoß zur Bildung eines linksseitigen hydronephrotischen Sackes gegeben hatte, der durch die Überdehnung und Überfüllung der Harnblase infolge einer Parese der Bauchmuskeln und dadurch bedingte Harnretention allmählich immer größer wurde. **Kramer** (Glogau).

38) **Tatsujiro Sato** (Tokio). Über einen Fall von cystischer Degeneration der Niere aus Pyelonephritis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 40.)

Dem 41jährigen Pat., der im Anschluß an Gonorrhöe an einer linksseitigen Nephritis gelitten hatte, wurde von S. eine linksseitige Nierengeschwulst mit günstigstem Erfolg exstirpiert.

Die im Paltauf'schen Institut in Wien ausgeführte histologische Untersuchung sprach mit Sicherheit gegen eine angeborene Cystenniere. Es fand sich vielmehr chronische Pyelitis und Bindegewebsvermehrung, besonders in der Gegend der Nierenkelche; letztere hatte offenbar zur Harnverhaltung und Bildung von Cysten geführt, welche erst im weiteren Verlaufe die Mark- und Rindensubstanz der Nieren in Mitleidenschaft gezogen hatten. **Hübener** (Dresden).

39) **Carlier et Curtis.** Le rein tuberculeux polykystique chronique.

(Echo méd. du Nord 1905. Nr. 345.)

Verf. beschreiben eine anscheinend bisher nicht bekannte Form der Nierentuberkulose, nämlich eine Kombination von chronischer, interstitieller, cystenbildender Nephritis mit Tuberkulose, also eine polycystische tuberkulöse Niere. Während es sich gewöhnlich, wenn man in einer tuberkulösen Niere Cysten findet, um cystisch gewordene, kavernöse Zerfallsherde handelt, waren in diesem Falle wirkliche Cysten nach Art der polycystischen Nierenentartung vorhanden. Die beiden pathologischen Prozesse waren so innig miteinander vermengt, daß die Abhängigkeit des einen vom anderen auf der Hand lag. Histologisch fanden sich 1) diffuse, tuberkulöse Veränderungen, 2) interstitielle und cystische Veränderungen im ganzen Parenchym, 3) epitheliale Veränderungen verschiedener Natur.

Das Präparat stammte von einem 27jährigen Manne mit den Erscheinungen eines sehr chronischen, über Jahre sich hinziehenden Blasenkatarrhs, während Schmerzen in der Nierengegend und Blut im Urin niemals vorhanden waren. Erst die cystoskopische Untersuchung wies auf die Nieren als Ausgangspunkt der Erkrankung hin. Nunmehr wurde die linke Niere sehr vergrößert befunden. Bei der umbalen Nephrektomie bot die freigelegte Niere so sehr das Bild der angeborenen

Cystenniere, daß der Operateur einen Augenblick zögerte, die Operation fortzusetzen. **Mohr** (Bielefeld).

40) **Schueller.** Guajakol zur Behandlung der Nierentuberkulose.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Chirurgie u. Medizin Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

Gegenüber der jetzt als ausschließliches Heilmittel proklamierten operativen Behandlung der Nierentuberkulose teilt S. zwei Fälle von Genesung durch innere Verabreichung von Guajakol mit; der eine Fall betrifft einen bei Beginn der Behandlung 40jährigen Mann, welcher zugleich Nebenhoden- und Lungentuberkulose hatte; es wurde neben lokaler Behandlung der Hodentuberkulose durch Guajakol völlige Heilung der Nieren erzielt und nach 13 Jahren noch sicher gestellt. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Kind mit Coxitis und Nierentuberkulose; nach 9 Jahren noch wurde die Ausheilung konstatiert.

S. hält daher einen Versuch der Guajakolbehandlung gerechtfertigt 1) in dem allerfrühesten Beginn von Nieren- und Blasentuberkulose, 2) in den Fällen, bei welchen eine Niere wegen Tuberkulose entfernt werden mußte, um die andere Niere zu schützen, 3) in den Fällen partieller operativer Entfernung tuberkulöser Nierenherde, um die vollkommene Gesundung der Niere zu beschleunigen und dauernd sicher zu stellen. **Haeckel** (Stettin).

41) **Gaudiani.** La cura chirurgica nella nefrite.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 9.)

Ein Mann von 67 Jahren bekam heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. G. vermutete eine perinephritische Eiterung, fand aber eine enorm geschwollene hyperämische, sehr weiche und zerreißliche Niere, welche von selbst einriß. G. reponierte. Es erfolgte Heilung, verzögert durch eine Hämatombildung.

Ermutigt durch den Erfolg, machte G. die Enthülsung in zwei Fällen chronischer Nephritis, jedoch ohne jeden Erfolg. Er erörtert die Edebohls'sche Operation und kommt zur völligen Ablehnung derselben für chronische Fälle; nur bei Fällen von kompletter Anurie durch Nierensteine ist die Nierenspaltung nach Israel indiziert.

Die mikroskopische Untersuchung von bei der Operation gewonnenen Stückchen Nierensubstanz ergab im ersten Fall eine starke Bindegewebsvermehrung mit kleinzelliger Infiltration; Glomeruli teils gut erhalten, teils degeneriert; das Harnkanälchenepithel hier und da atrophisch.

In den beiden anderen Fällen fand sich einmal chronische interstitielle Nephritis, das andere Mal Schrumpfung der Glomeruli, Zerfall des Harnkanälchenepithels, reichliche Bindegewebsentwicklung. Die 40 Tage nach der Operation gemachte Autopsie ergab völlige Neubildung der fibrösen Kapsel, welche mit der Umgebung in reichlicher Gefäßverbindung stand: auch zeigte sich solche zwischen Corticalis und der Kapsel. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

42) **S. Rindone.** Limfangioendotelioma della vaginale.

(Giorn. delle assoc. Napol. dei medici e naturalisti XIV. 1905.)

Der 43 Jahre alte Pat. hatte seit seinem 8. Lebensjahr eine kleine Geschwulst im linken Hodensacke bemerkt, die keine Beschwerden machte und — für einen dritten Hoden angesehen — sich nur unwesentlich vergrößerte. Während des Jahres 1903 begann die Geschwulst erst langsam, später rasch zu wachsen und Beschwerden zu verursachen. Die Inguinaldrüsen schwollen an, und es stellte sich anfangs leichtes, später hohes Fieber (abends bis 39° C) ein. Pat. kam bei starken Schmerzen herab. Die Geschwulst hatte die Größe einer Limone erreicht, ließ sich gegen den Hoden abgrenzen, ihre Oberfläche war glatt, die Konsistenz elastischderb; doch wechselten festere mit weicheren Partien ab. Die Haut darüber war gespannt. — Am 4. Dezember 1903 wurden Geschwulst und Drüsen entfernt. Guter Wundverlauf, das Fieber fiel ab. Gegen die Mitte des Januar 1904 erschienen unter Fieber im oberen Wundwinkel von neuem Drüsenschwellungen, welche wie-

derum exstirpiert wurden. Nach einem weiteren Monat abermals Rezidiv unter Fieber; im April 1904 trat der Tod unter den Zeichen der Kachexie mit Drüsengeschwülsten in der linken Fossa iliaca ein.

Die histologische Untersuchung ergab ein Endotheliom, das von den Lymphspalten ausgegangen war und eine reiche Zellwucherung zwischen teilweise sehr breiten Bindegewebszügen aufwies. (Vier schöne Figuren sind beigegeben.)

Die Erhebungen des Verf.s ergaben, daß dies das erste und bislang einzige beschriebene Endotheliom der Scheidenhäute des Hodens darstellt.

A. Most (Breslau).

43) **Corby.** Removal of a tumour from a hermaphrodite.

(Brit. med. journ. 1905. September 23.)

Bei einem 15jährigen Hermaphroditen, der bei knabenhaftem Aussehen und männlicher Stimme in den äußeren Genitalien weiblichen Habitus darbot und verschiedene Mißbildungen aufwies (abnorme Fettleibigkeit, Verkürzung eines Beines, sechs Zehen an jedem Fuße, sechs Finger an der einen Hand, Unterentwicklung des Intellekts) entfernte C. eine große Geschwulst in der linken Unterbauchseite, aus deren Untersuchung und topographischer Lage hervorging, daß es sich um ein 6 Pfund schweres Fibroid des linken Eierstockes handelte mit extraperitonealer Entwicklung. Urspünglich hatte ein Leistenbruch mit dem Eierstock als Inhalt bestanden. Die Geschwulst war dann zwischen die Muskeln der Bauchwand gewachsen, blieb aber mit einem Stiele, der in die Bauchhöhle ging, verbunden.

6 Jahre später fanden sich zwei Skrotalhälften, eine gut entwickelte Glans penis mit Vorhaut, keine Spur von Scheide, eine kleine Gebärmutter. C. spricht daher den Fall (wohl irrtümlich; Ref.) als echten Hermaphroditen an, obwohl er über das Vorhandensein von Hoden keine Angaben macht. Die Eltern waren nahe Blutsverwandte und hatten noch ein Kind von genau dem gleichen Aussehen gehabt.

W. Weber (Dresden).

44) **Maclean.** A case of elephantiasis of the vulva in association with elephantiasis of the right lower limb.

(Brit. med. journ. 1905. September 23.)

Bei einem 19jährigen Mädchen fand sich eine angeborene Elephantiasis des rechten Beines und der Vulva. Die Verdickung des Beines war langsam mit den Jahren gewachsen, die der Genitalien erst mit dem Beginne der Pubertät. Die pergamentartige, nässende Vulvageschwulst mit stinkender Sekretion hing bei aufrechter Stellung ungefähr 25 cm herab und wurde wegen ihrer großen Belästigung amputiert. Mikroskopisch zeigte sich das gewöhnliche Bild der Elephantiasis. Im Blute konnten keine Filariae nachgewiesen werden. Was die Ursache gewesen sein mag für die offenbar intra-uterin entstandene Verlegung der Lymphwege, die man als nächste Veranlassung für die elephantiastische Schwellung ansehen muß, vermag Verf. auch nach Durchsicht der angeführten Literatur nicht anzugeben.

W. Weber (Dresden).

45) **J. Warbasse.** Ovarian transplantation.

(Med. news 1905. September 23.)

Der Fall betraf eine 27jährige Frau, bei welcher wegen doppelseitiger Pyosalpinx, durch zwei Operationen Uterus mit Adnexen entfernt waren. Es entwickelte sich eine Cachexia ovaripriva. Verf. ovariotomierte eine zweite Pat., welche eine halbzitronengroße Ovarialcyste besaß, und pflanzte das im übrigen gesunde Ovarium, nach Abtrennung der Cyste, in den Stumpf der ersten Kranken ein. Pat. fühlte sich 1 Jahr lang von ihren Beschwerden erleichtert, sodann kehrte aber der alte Zustand wieder. Verf. nimmt infolgedessen an, daß der Eierstock, wie Morris experimentell schon nachzuweisen suchte, einige Zeit lang zu funktionieren, d. h. Sekrete abzusondern vermag, allmählich aber der Degeneration anheimfällt.

Hofmann (Karlsruhe).



46) **Davis.** Medullary giant-cell sarcoma with cyst of the lower end of the ulna.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. November.)

Bei dem $2^1/_2$jährigen Kinde war ohne ersichtliche Ursache im Lauf einiger Monate eine Anschwellung des unteren Ulnaendes eingetreten, welche zunächst, da Halsdrüsenschwellungen vorausgegangen waren, für tuberkulöser Natur angesehen wurde. Das Röntgenbild und die Operation ergaben jedoch ein cystisches Sarkom, welches vom Marke seinen Ursprung genommen hatte und im mikroskopischen Bilde Rundzellen mit zahlreichen Riesenzellen zeigte. Bei der Operation beschränkte man sich auf Entfernung des Geschwulstgewebes und Ausschabung der Knochenhöhle; trotzdem war 1 Jahr später die Wunde fest verheilt, kein Zeichen eines Rezidivs vorhanden und die Funktion ganz normal.

Der Fall spricht demnach wieder dafür, daß Sarkome der langen Röhrenknochen, besonders solche cystischen Charakters, medullären Ursprunges, und vom Riesenzellentypus, auch ohne Amputation oder Resektion ausheilen können.

Mohr (Bielefeld).

47) **G. Vasiliu.** Sarkom der rechten oberen Extremität infolge von Trauma.

(Spitalul 1905. Nr. 18.)

Sarkome infolge von Traumen gehören, wenn auch nicht zu den großen Seltenheiten, so doch nicht zu den alltäglichen Erscheinungen, und hat der von V. beobachtete Fall insofern besondere Wichtigkeit, als die Entwicklung der bösartigen Neubildung sich unmittelbar an die Verletzung anschloß und außerordentlich rasch verlief. Der betreffende 23jährige Mann hatte einen Hufschlag auf die Gegend des rechten 5. Metacarpalknochens erlitten, worauf die Hand stark anschwoll und schmerzhaft wurde. Es wurden einige Knochensplitter entfernt, doch verschlimmerte sich der Zustand immer mehr, und wurde deshalb die Amputation des Vorderarmes im oberen Drittel ausgeführt. Doch auch dies konnte das Vorschreiten des Prozesses nicht aufhalten: der Arm schwoll knollig an, die Axillardrüsen vergrößerten sich außerordentlich, und auch der Pectoralis zeigte knollige Neubildungen. Da die mikroskopische Untersuchung ergeben hatte, daß es sich um Sarkom handle, wurde jeder weitere chirurgische Eingriff unterlassen. Die ganze Krankheit hatte sich innerhalb 4 Monaten, vom Tage des Traumas an gerechnet, entwickelt.

E. Toff (Braila).

48) **Bergmann.** Subluxation des zweiten Keilbeines.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 598.)

Die sehr selten beobachtbare Verletzung betraf einen Eisenbahner, der vom Bremsbock eines Güterwagens gefallen war, so daß der Fuß in seinem Querdurchmesser von innen nach außen zusammengepreßt wurde. Die Verrenkung des zweiten Keilbeines nach oben war durch Tastung und Röntgen leicht feststellbar. Repositionsmanöver: Zug an der vorderen Fußhälfte, dann bei gleichzeitiger Flexion Druck auf das Keilbein nach unten, wodurch dieses unter Geräusch zurücksprang. Auch in den vier anderen von Fischer gesammelten Parallelfällen war die Verrenkung stets nach oben erfolgt. Für Fälle von Irreponibilität kommt die Entfernung des Knochens in Frage.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 3. **Sonnabend, den 20. Januar.** **1906.**

Inhalt: 1) **v. Leyden** und **Klemperer**, Deutsche Klinik. — 2) **Sommer**, Atlas stereoskopischer Röntgenbilder. — 3) **Bashford**, 4) **Röpke**, 5) **Bindl**, Bösartige Geschwülste. — 6) **Burkhardt**, Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen. — 7) **Cohn**, Gefrierpunktsbestimmung von Körperflüssigkeiten. — 8) **Zesas**, Blutergelenke. — 9) **Bier**, Arterieller Kollateralkreislauf. — 10) **Jacobsthal**, 11) u. 12) **De Gaëtano**, Naht der Blutgefäße. — 13) **Hildebrandt**, Lumbalanästhesie. — 14) **Armand** und **Bertier**, Chloroxykarbondämpfe. — 15) **Jacobson**, Melioform. — 16) **Isaja**, Isotachiol. — 17) **Müller**, Parisol. — 18) **Vörner**, Kaliumpermanganat zur Blutstillung. — 19) **Vörner**, Karbolsäure gegen Skrophuloderma und Furunkulose. — 20) **Casati**, Laparotomiestatistik. — 21) **Casati**, Zur Magenchirurgie. — 22) **Boas**, Chirurgische Eingriffe am Magen. — 23) **White**, Gastroduodenostomie. — 24) **Rindone**, Durchlässigkeit der Darmwandung für Bakterien. — 25) **Kreuter**, Angeborene Verschließungen und Verengerungen des Darmkanals. — 26) **Le Clay**, Darmverschluß infolge Trendelenburg'scher Lage. — 27) **Boas**, Frühdiagnose der Eingeweidekrebse. — 28) **Ball**, Mastdarmkrebs.

I. **J. Mindes**, Zur Technik des Bier'schen Verfahrens bei der Stauungshyperämie. — II. **L. Grünwald**, Rhinochirurgische Mitteilungen. (Original-Mitteilungen.)

29) **Alfaro** und **Santas**, Sarkom bei Kindern. — 30) **Curschmann**, Knochenveränderungen bei Akromegalie. — 31) **Looser**, Osteogenesis imperfecta congenita und tarda. — 32) **Schirmer**, Osteomalakie. — 33) **Ekehorn**, Behandlung von Knochenhöhlen. — 34) **Barker**, Perichondritis gonorrhoica. — 35) **Renner**, Hyperleukocytose zur Erhöhung der Widerstandskraft bei Operationen. — 36) **Caplescu-Poenaru**, 37) **Tilmann**, Lumbalanästhesie mit Stovain. — 38) **Peronne**, 39) **Southam**, 40) **Ball**, Appendicitis. — 41) **Vierhuff**, Appendicitis und Psoasabszeß. — 42) **Keetley**, Appendicostomie. — 43) **Baradulin**, Abszeß der Bursa omentalis. — 44) **Hamdi**, Zwerchfellsbruch. — 45) **Dennig**, Magensaftfluß. — 46) **Neild**, Angeborene Pylorushypertrophie. — 47) **Monprofit**, Gastroenterostomie. — 48) **Hofmeister**, Mechanischer Darmverschluß. — 49) **Gourévitch**, Hirschsprung'sche Krankheit. — 50) **Milne**, 51) **Gouilloud** und **Faysse**, Mastdarmkrebs. — 52) **Thaler**, Atypische Verhältnisse in der Steißgegend von Föten. — 53) **Kablukoff**, Echinokokken der Bauchhöhle. — 54) **Wheeler**, Talma'sche Operation. — 55) **Mazzoni**, Amputation einer Lebergeschwulst. — 56) **Fink**, Choledochusspülung. — 57) **Wieder**, Intrahepatische Gallenblase.

Berichtigungen.

1) v. Leyden und Klemperer. Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. Lfg. 131—166.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1905.

Das großartige Werk, das in einzelnen Abhandlungen den Stand des modernen Wissens und Könnens im Gebiete der klinischen Fächer

der Medizin darlegt, naht sich seinem Abschluß; der Band, der die chirurgischen Vorlesungen enthält, liegt vollendet vor. Unter den oben genannten Lieferungen fallen besonders in das Gebiet des Chirurgen: eine Vorlesung von M. Fraenkel über Wirbelsäulenversteifung. — A. Eulenberg behandelt die Basedow'sche Krankheit, wobei er die Chirurgen einer Überschätzung ihrer Resultate bei der operativen Behandlung des Basedowkropfes zeiht. — Sehr lehrreich ist die Abhandlung Th. Kocher's über die Therapie des Kropfes, in der nicht von der Strumektomie die Rede ist, sondern der Autor auf Grund eigener und der Erfahrung vieler Kollegen aus dem kropfreichen Kanton Bern ausführlich die Behandlung des Kropfes mit Jodpräparaten bespricht und für sie die genauesten Vorschriften niederlegt. Curschmann's Vorlesung »Zur Beurteilung und operativen Behandlung großer Herzbeutelergüsse« enthält sehr interessante Untersuchungen über die Lokalisation der perikardialen Ergüsse in dem ausgedehnten Herzbeutel und über die therapeutischen Angriffsstellen, wie sie dadurch geboten werden. — Rehn gibt eine knappe, aber inhaltsreiche Lehre von den Hernien. — Boas behandelt die chronische Perityphlitis und zeigt dabei, welche Mängel in Rücksicht auf dauernde Beseitigung der Beschwerden der an sich ungefährlichen Appendektomie im Intervall noch anhängen. — Über die Erkrankungen der Prostata handelt Goebell, über Blasensteine und ihre Behandlung der auf diesem Felde besonders erfahrene v. Frisch, über Blasengeschwülste Posner. — Küster bespricht die chirurgische Behandlung der Nierenblutungen und Nierenentzündung, wobei er die Indikationen für die Nierenaushülsung und den Nierenplattenschnitt genau feststellt. Weitere Vorträge (von Klingmüller, Riehl, Lassar) beziehen sich auf das Gebiet der Hautkrankheiten, andere (von Buschke, Toulon, Pinkus) auf das der Syphilis; Ledermann schreibt über Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens. Endlich sei hingewiesen auf Fr. Schultze's Vortrag über Neubildungen der Rückenmarkssäule und des Rückenmarkes und auf P. Schuster's Abhandlung über die traumatischen Neurosen.

Richter (Breslau).

---

2) **Sommer.** Anatomischer Atlas in stereoskopischen Röntgenbildern. Mit Vorwort und XX Tafeln mit Text.

Würzburg, **A. Stuber's** Verlag (**C. Kabitzsch**), 1906.

In 20 zum Teil geradezu meisterhaft wiedergegebenen stereoskopischen Photogrammen bietet uns Verf. das Röntgenbild beinahe sämtlicher Gelenke des menschlichen Körpers. Besonders hervorgehoben werden soll, daß auch die schwierigen Aufnahmen der Wirbelsäule vorzüglich gelungen sind. Auf jeder Tafel befindet sich eine kurze klare Beschreibung des Bildes, darunter eine Konturenzeichnung des Röntgenogramms mit beigefügter Erklärung, wodurch namentlich dem Ungeübten das richtige Verstehen der Bilder erleichtert werden dürfte.

Wie man aus der weiter ausgeführten Überschrift des Buches ersieht, bilden diese 20 Tafeln nur den ersten Teil eines offenbar groß

gedachten Werkes, das das ganze Gebiet der normalen und pathologischen Anatomie in stereoskopischen Röntgenbildern wiedergeben soll. Der vorliegende Band ist der erste Teil der normalen Anatomie: Knochen und Gelenke; Verf. hat sich übrigens im großen ganzen auf die Reproduktion der Bilder von größeren Gelenken beschränkt; einzelne ganze Knochen finden wir nicht abgebildet.

In seinem Vorwort bespricht Verf. den Wert und die Methode der Röntgenstereoskopie. Zur Betrachtung der Bilder empfiehlt er die gewöhnlichen Stereoskope, am besten Prismenstereoskope. Zur Verbesserung der stereoskopischen Wirkung ist bei einzelnen Aufnahmen die Tiefe durch etwas groß gewählte Röhrenverschiebung künstlich übertrieben. **Gaugele** (Zwickau).

---

3) **E. F. Bashford.** Are the problems of cancer insoluble? (Lancet 1905. Dezember 9.)

Ein neuer, beachtenswerter Vortrag des Imperial cancer research fund über den heutigen Stand der Krebsfrage. Verf. weist zunächst auf die bisherigen Theorien über die Krebsentstehung, die Cohnheim'sche und die Infektionstheorie, hin und hält beide für unwahrscheinlich. Auch heute befindet sich die Krebsforschung noch in einem Stadium der Verwirrung und Irrtümer. Nur von einem organisierten schematischen Untersuchungssystem kann man je Klarheit erhoffen. Nur so sind die bisherigen wesentlichen Erfolge im Laboratorium des Cancer research fund erreicht worden. Es ist nachgewiesen, daß Krebs sich im ganzen Tierreich findet, und daß Zivilisation oder Nähe von Menschen keinen Einfluß ausüben; der Mensch ist also sicher nicht der ursprüngliche Träger und Verbreiter des Krebskeimes. Bei den entferntesten und wildesten Völkerstämmen findet sich Krebs nicht minder, wie bei uns; histologisch hat das Karzinom bei allen Vertebraten dieselbe Beschaffenheit. Typisch für das Auftreten des Krebses ist überall das relativ höhere Alter, indessen wächst ein überimpfter Krebs wesentlich besser bei jugendlichen, wie bei älteren Individuen. Die Überimpfbarkeit des Karzinoms ist eine äußerst beschränkte: sie erstreckt sich nicht bloß auf Individuen derselben Spezies, sondern im Prinzip sogar nur auf solche derselben Rasse; weiter noch: ein Krebs einer zahmen oder wilden dänischen, deutschen oder französischen Maus wächst, überimpft, nur sehr selten oder so gut wie gar nicht bei der korrespondierenden Rasse der englischen Mäuse. Dieser Umstand dürfte doch entschieden gegen die Annahme einer Infektiosität des Karzinoms sprechen. Auffallend ist ferner bei der Überimpfung des Karzinoms, daß nur die Krebszellen fortdauernde Vitalität aufweisen, das Krebsstroma geht jedesmal zugrunde und wird neu von dem jeweiligen Wirt gebildet.

Der ständige Zusammenhang des Krebses mit dem höheren Lebensalter gebietet energisch, die Natur dieser Koinzidenz zu erforschen. Aber solch ein Unternehmen eröffnet sofort ein neues und schwereres Problem: Was ist das Wesen des Greisenalters? — Weiter, der Zu-

sammenhang zwischen Alter und Krebs ist ja offenkundig ein lokaler und kein konstitutioneller; würden nicht sonst viele primäre Geschwülste die Regel, und nicht die seltene Ausnahme sein? Wäre es möglich, einen Zusammenhang zwischen Krebs und höherem Alter zu konstruieren, so könnte man sagen, daß allein Gewebe, die krebsig werden, den Folgen der Seneszenz entgehen, während der Gesamtorganismus diesen unterliegt; oder daß, wenn krebsige Gewebe auch disponiert sind, der Seneszenz anheimzufallen, sie jedenfalls die Fähigkeit wieder erlangen, sich hiervon zu erholen.

Eine ganze Reihe neuer Probleme baut sich vor uns auf: Warum ist die Wachstumssumme des Krebses verhältnismäßig größer, als das Totalwachstum bei irgendeinem Wirbeltiere? Sind bei Krebs Wachstum und Zellteilung stets progressiv? Ist der Krebs überhaupt einem natürlichen Vergehungsprozeß unterworfen, oder wenn nicht, wodurch wird die Wachstumsenergie und Assimilisation aufrecht erhalten? — Für alle diese Fragen, meint Verf., liegt die Lösung vielleicht in erreichbarer Nähe.

Verf. schließt seine sehr lesenswerten und klaren Ausführungen mit der Mahnung, daß alle Gebiete: Statistik, Biologie, Chemie, physikalische Chemie, Zoologie, Botanik und Pathologie in der Krebsforschung nicht miteinander wetteifern sollten, sondern daß nur ein koordiniertes Zusammengehen aller Gebiete uns dem langersehnten und erstrebenswerten Ziele näher bringen kann.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

4) **Röpke.** Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Karzinome und Sarkome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 2.)

R. bespricht an der Hand des Materiales aus der Riedel'schen Klinik in Jena die Bedeutung des Zusammenhanges von bösartigen Geschwülsten und Trauma. Im ganzen handelt es sich um 800 Karzinome und 189 Sarkome, die in einem Zeitraume von 15 Jahren zur Beobachtung kamen und die der Körpergegend nach für beide Gattungen von Geschwülsten einzeln zusammengestellt und besprochen sind. Unter den Karzinomen gab nur 19mal das einmalige Trauma Veranlassung zur Geschwulstentwicklung, unter den Sarkomen spielte 19mal das einmalige, 28mal das chronische eine Rolle. Verf. nimmt an, daß die chronischen Reizzustände bei der enormen Häufigkeit der Insulte, denen der Organismus fortwährend ausgesetzt ist, eine große Rolle spielen bei Entstehung der Karzinome, während bei den Sarkomen das einmalige Trauma mehr in Betracht kommt. Dies spricht für die Virchow'sche Reiztheorie, welche die Ursache für die Geschwulstbildung in einer örtlichen Disposition erblickt, welche ererbt oder erworben sein kann, in dem Sinne, daß in den durch einen mechanischen Insult getroffenen Teilen eine spezifische Disposition der Gewebsteile geschaffen wird. Daneben wird man auch noch mit einer Disposition des Gesamtorganismus zu rechnen haben. Eine

eventuelle Vererbung bösartiger Geschwülste ist wie bei der Tuberkulose so zu denken, daß die Neigung zur Geschwulstbildung, nicht ein Geschwulstkeim übertragbar wird. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

5) **F. Bindi.** Contribution à l'étude du tissu élastique dans les tumeurs.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 7.)

B. hat durch Untersuchungen nach Livini's Methode den Gehalt der einzelnen Geschwulstarten an elastischen Fasern studiert; er konnte feststellen, daß elastisches Gewebe in allen Neubildungen mehr oder weniger selten und in spärlichen Bündeln vertreten ist, bei den Sarkomen sogar völlig fehlen kann; hier wie bei den Angiomen mangelt es selbst den kleineren Gefäßen, die bei den übrigen Geschwulstformen den Hauptgehalt an elastischem Gewebe repräsentieren. Relativ leicht nachweisbare Mengen finden sich in den Neubildungen epithelialer Herkunft. **Christel** (Metz).

---

6) **L. Burkhardt.** Experimentelle Studien über Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hauttransplantation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 216.)

Die zur Sache vom Verf. angestellten Versuche sind in dem Laboratorium der Würzburger chirurgischen Klinik an Hunden ausgeführt. Als Ort für die Hautaufpflanzungen diente eine zwischen den Schulterblättern durch Hautexstirpation bis auf die Muskulatur angelegte Wunde, während die aufgelegten Hautläppchen der Haut der Hinterschenkel entnommen wurden. Die Läppchen wurden bis zur Aufpflanzung verschieden lange, teils trocken, teils, was sich besser bewährte, in einer feuchten Kammer aufbewahrt. Wegen der schlechten Vorbedingungen für gute Heilung (Unruhe des Tieres usw.) ist ein großer Teil der Versuche mißlungen, doch liegen einige positiv ausgefallene Experimente vor, welche einen genügenden Einblick in die zu untersuchenden biologischen Vorgänge gewähren und welche im wesentlichen die von Wentscher veröffentlichten Beobachtungen bestätigen. Es zeigte sich, daß Hautläppchen, die 24 Stunden nach der Entnahme aufgepflanzt wurden, in ihrer Lebens- und Proliferationsfähigkeit so gut wie nichts eingebüßt hatten bzw. eben so schön zur Anheilung gebracht werden konnten wie sofort nach der Entnahme aufgelegte Stückchen. Außerdem gelang partielle Anheilung bei einem 8 Tage lang feucht und bei einem 12 Tage lang trocken konservierten Epidermisläppchen. Bezüglich der Details der mikroskopischen Untersuchung auf das Original verweisend, führen wir nur an, daß zur Konstatierung einwandsfreier Anheilung wesentlich auf die feste Verbindung der gut gestalteten Epidermiszellen mit ihrer bindegewebigen Unterlage und auf in das Bodengewebe sich einsenkende zapfenförmige

Fortsätze geachtet wurde, während dem Nachweise von Mitosen weniger Wert beigelegt wurde, als es von Wentscher geschehen. Den Hauptanteil an der Epithelneubildung betätigen jedenfalls die untersten Zellen der Schleimschicht der Epidermis, die Basalzellen, die naturgemäß als die jüngsten normalerweise die meiste Proliferationsfähigkeit innehaben. Die oberflächlichen Zellenlagen werden oft nekrotisch. Neun genau gezeichnete mikroskopische Bilder veranschaulichen die histologische Beschreibung.

Die Tatsache, daß 24 Stunden alte, gut aufgehobene Hautläppchen noch völlig befriedigend anheilen, hat Verf. selbst in der chirurgischen Praxis verwertet und empfiehlt dieses Verfahren zur Nachahmung. Namentlich wo eine frische, aber noch stark blutende Wunde bepflanzt werden soll, ist der Vorteil nicht gering, die Transplantation einen Tag nach der Operation, nachdem die Wunde trocken geworden, sekundär vornehmen zu können. Handelt es sich um Bepflanzung granulierender Wunden, so bestätigt B. die Angaben Isnardi's und anderer Autoren, daß es zur Transplantation einer Entfernung der Granulationen nicht bedarf. Die Läppchen heilen, auch direkt auf die Granulationsfläche gelegt, tadellos an. (Zum Schluß Literaturverzeichnis von neun Nummern.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **Th. Cohn.** Über Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes und seröser Körperflüssigkeiten.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

In dieser seiner Habilitationsschrift gibt C. die Resultate sehr zahlreicher Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes, welche er zumeist an Pat. der medizinischen und chirurgischen Klinik in Königsberg angestellt hat. Er faßt seine Resultate in folgendem zusammen:

1) Der wirkliche Gefrierpunkt des normalen menschlichen Blutes liegt bei —0,537° C.

2) Beim Hunde ist das venöse Blutserum molar dichter konzentriert als das arterielle.

3) Für keine Form der Nephritis ist eine bestimmte molare Blutdichte charakteristisch. Bei chronischer Nephritis liegt der Blutgefrierpunkt sehr häufig, bei der Urämie meist abnorm tief.

4) Bei fieberhaften Affektionen liegt der Blutgefrierpunkt abnorm hoch; beim Abdominaltyphus tritt diese Erscheinung fast immer während der Kontinuaperiode auf, während zu Beginn und am Ende der Erkrankung wieder normale Werte erscheinen.

5) Die normale Konzentration flüssiger Nährböden wird durch die Entwicklung des Bakt. typhi abdom. verdichtet.

6) Bei Leukämie kommen abnorm niedrige Blutgefrierpunkte vor, auch ohne Zeichen von Atmungsstörung oder Niereninsuffizienz.

7) Bei Meningitis tuberculosa besteht häufig eine Hypotonie des Liquor cerebrospinalis. Sonst hat die molare Konzentration dieser

Flüssigkeit, sowie der Ex- und Transsudate keine diagnostische oder prognostische Bedeutung finden lassen.

8) Im Gegensatz zum Tierexperiment zeigen beim Menschen die entzündlichen Flüssigkeiten in der Pleural-, Peritoneal-, sowie Gehirn-Rückenmarkshöhle aus bis jetzt nicht aufgeklärten Ursachen Anisotonie zum Blutserum. **Haeckel** (Stettin).

---

8) **D. G. Zesas** (Lausanne). Über Gelenkerkrankungen bei Blutern.

(Sonderabdruck aus »Fortschritte der Medizin Nr. 11.«)

Die Gelenkblutergüsse bei Blutern betreffen am häufigsten das Kniegelenk; nach diesem kommt das Ellbogengelenk und das Fußgelenk. Meist werden jedoch, und das ist nach Verf. für die Diagnose der Krankheit außerordentlich wichtig, mehrere Gelenke befallen, und der Prozeß ist auch an anderen, als dem gerade befallenen Gelenk zu konstatieren. Dieser Umstand bietet ein wichtiges Hilfsmittel in der Differentialdiagnose zwischen Blutergelenk und Tuberkulose, einer Erkrankung mit im übrigen außerordentlich ähnlichen Symptomen. Die Gelenkfunktion bleibt bei Blutergelenken zunächst ungestört, die Verschlimmerung erfolgt schubweise.

Als andere differentialdiagnostische Hilfsmittel wären die Röntgenphotographie und das Koch'sche Tuberkulin zu nennen.

Bei den Literaturangaben wird unter der internationalen die französische bevorzugt. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

9) **A. Bier.** Bemerkungen zu Katzenstein's Arbeit: »Über Entstehung und Wesen des arteriellen Kollateralkreislaufes«.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 90.)

B. wendet sich gegen die ihm von Katzenstein (Referat über dessen Arbeit s. d. Bl. p. 940 v. J.) widerfahrene abfällige Kritik seiner Theorie des Kollateralkreislaufes. Er erkennt die von Katzenstein konstatierten Tatsachen der Blutdruckerhöhung und erhöhten Herzarbeit nach Unterbindung großer Arterien an, bestreitet aber, daß diese zur Erklärung des Ausgleiches kleinerer Zirkulationsstörungen verwertet werden können. Hier, behauptet er, kann trotz Katzenstein nur seine eigene (B.'sche) Theorie Aufklärung geben, nach welcher anämisches Gewebe die Kraft besitzt, den Blutzufluß anzulocken. Zum Beweis dieser Tatsache werden einige beweisende Experimente angeführt.

Bezugs einiger weiterer weniger wesentlicher polemischen Bemerkungen gegen Katzenstein wird auf das Original verwiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

10) **H. Jacobsthal** (Jena). Über die Naht der Blutgefäße.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 396. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1905.)

Der Vortrag gibt einen interessanten Überblick über die Geschichte der Arterien- und Venennaht, über die zurzeit als zweck-

mäßigst befundene Nahtmethode, die bisher erreichten Erfolge und die feineren Vorgänge bei dem Wundheilungsprozeß der genähten Gefäße, worüber J. selbst bereits vor einigen Jahren — s. Referat d. Bl. 1900 p. 763 — eigene Untersuchungen angestellt hat. Den Fällen von Arteriennaht fügt Verf. einen neuen aus der Riedel'schen Klinik hinzu, in welchem durch die Naht der Femoralis trotz eingetretener Eiterung vollständige und dauernde Blutstillung erzielt wurde; die Arterie scheint anfangs durchgängig geblieben zu sein, während in der genähten V. femoralis bald Thrombose erfolgt war. — Auch in den übrigen 34 Fällen von Partialnaht der Arterie wurden gute Resultate in bezug auf Stillung der Blutung — nur einmal Nachblutung — und in der Mehrzahl auch hinsichtlich des Ausbleibens von Zirkulationsstörungen erreicht. Von zirkulärer Vereinigung bzw. Resektion des Arterienrohres mit nachfolgender Naht nach Invagination liegen erst fünf Fälle vor, in welchen die Blutstillung eine vollständige und dauernde war (s. im übrigen die Arbeit selbst). — Sehr groß ist bereits die Zahl der Fälle von seitlicher Venennaht, die sehr oft, selbst an der Vena cava inf., ohne Mißerfolge ausgeführt worden ist, während die Fälle von Resektionen mit Naht, nur einige Male von Erfolg begleitet, noch spärliche sind.

Kramer (Glogau).

---

11) **De Gaëtano.** Sutura delle arterie. Ricerche sperimentali sul processo di guarigione delle ferite delle arterie, in rapporto alla rigenerazione delle fibre elastiche.

(Giornale internat. delle scienze med. XXV.)

12) Derselbe. Aneurisma traumatico dell' arteria omerale. — Asportazione dell' aneurisma e sutura dell' arteria. — Guarigione.

(Ibid.)

Nach einem Rückblick auf Geschichte und Literatur der Arteriennaht bespricht Verf. seine eigenen Tierexperimente. Er setzte Längs- und Querwunden an den Arterien und durchtrennte auch zirkulär das Gefäß. Die Verletzungen wurden mit feinen zylindrischen Nadeln und feinster Seide genäht, die Intima dabei nie mitgefaßt. Zur Erleichterung der Vereinigung zirkulärer Wunden bediente sich Verf. eines, wie es scheint, ganz zweckmäßigen Kunstgriffes. Er verwandte spindelförmige Kristalle, über deren verjüngte Enden die Arterienstümpfe geschoben und auf deren bauchigem Mittelteil nun diese ausgespannt und durch eine ringsherum fortlaufende Naht vereinigt wurden. Bevor nun Anfang und Ende des Fadens angezogen und miteinander verknüpft wurden, ließ de G. das Kristall zwischen den lockeren Nähten herausschlüpfen. Bei der nunmehr eingetretenen Entspannung der Gefäßlichtung lagen die Nähte dichter und schlossen die Wände gut ab. — Die erzielten Resultate waren funktionell gute, auch mikroskopisch konnte Verf. vom 3. bis 4. Monat ab eine reiche Neubildung

der Muskulatur und der elastischen Fasern in der Narbe konstatieren, was für die dauernde Restitutio wichtig erscheint.

Zu gleicher Zeit hatte Verf. Gelegenheit, die Arteriennaht auch beim Menschen auszuführen. Es handelte sich um eine Schnittverletzung mit dem Brotmesser etwa 4 cm oberhalb des Ellenbogengelenkes. De G. legte die Arteria brachialis zentral von der Verletzung frei und eine um die Schlagader geführte ungeknotete Fadenschlinge, die etwas angezogen wurde, stillte die Blutung temporär. Es zeigte sich, daß etwa drei Vierteile der Arterienwandung quer durchschnitten waren. Naht; Primaheilung mit freier Lichtung der verletzten Stelle. Im Anschluß an diese Beobachtung referiert Verf. ausführlich die anderwärts publizierten 28 Fälle von Arteriennaht.

A. Most (Breslau).

---

13) **Hildebrandt.** Die Lumbalanästhesie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Lumbalanästhesie hebt Verf. die Fortschritte derselben nach Einführung des Stovains hervor, stellt die Indikationen und Kontraindikationen zusammen und warnt vor Anwendung der spinalen Anästhesie im Felde, weil die Asepsis hier nicht genügend gesichert ist. Bei septischen Infektionen und bei Affektionen des Rückenmarkes scheint die Lumbalanästhesie noch besondere Gefahren darzubieten. Unangenehmer als die Neben- und Nacherscheinungen, welche übersichtlich zusammengestellt sind, ist das Versagen der Methode in einzelnen Fällen. In der Charité wird in sitzender Stellung der Pat. in der Mittellinie injiziert und je nach Lage der zu anästhesierenden Region der 3., 2. oder 1. Interarcualraum zum Einstich gewählt. Soll aber innerhalb seitlich gelegener Regionen oder an einer einzigen Extremität operiert werden, so wird auf derselben Seite etwa 0,5 cm von der Mittellinie eingestochen und die Kanüle, deren Öffnung nach der gleichen Richtung schaut, genau sagittal vorgeschoben. Man soll nie injizieren, wenn nicht Liquor cerebrospinalis, möglichst im Strahle, geflossen ist. Die Braun'sche Spritze wird als zweckmäßig empfohlen. Für Eingriffe unterhalb der Leistenbeuge genügen Dosen von 0,06 g, für Laparotomien unterhalb des Nabels 0,07—0,08 g. Vor Beckenhochlagerung wird auch bei Stovainanwendung gewarnt. Bei Kokain genügen Mengen von 0,01—0,015, doch soll es nie ohne Epirenan resp. Adrenalin angewandt werden.

Die Dauer der Analgesie nach Stovaininjektion beträgt durchschnittlich 1 Stunde; durch Epirenanzusatz wird dieselbe bedeutend verlängert; dafür tritt sie aber später ein (ca. 12 Minuten).

Langemak (Erfurt).

---

14) **Ch. Armand** et **J. Bertier.** Du danger des vapeurs chloroxycarboniques dans la chloroformisation.

(Rev. de chir. XXVe ann. Nr. 7.)

Verff. fühlten sich veranlaßt, die Wirkung der Phosgengasvergiftung experimentell nochmals genauer zu prüfen, hinsichtlich der Bedingungen ihres Zustandekommens, ihrer Erscheinungen und des Chemismus. Dabei konnten sie feststellen, daß die verstorbenen Tiere (Sperling und Meerschweinchen wurden benutzt) keine anatomischen Veränderungen an den Lungen zeigten, daß im Blutspektrum die charakteristischen Streifen des Oxyhämoglobin auftraten — sie verschmolzen auf Zusatz von Ammoniumsulfur — und jedenfalls keine Kohlenoxydwirkung erkennen ließen, wie Schumburg sie glaubt annehmen zu müssen. Verff. erinnern daran, daß in einem Raume mit freien Gasflammen, besonders wenn sie an tiefer Stelle brennen, Äther statt des Chloroforms zu verwenden sei. In einer Anmerkung streifen sie auch die Frage, ob für Petroleumflammen das gleiche gelte; dies ist zu bejahen.

Christel (Metz).

---

15) **J. Jacobson.** Über Melioform im Vergleich mit anderen Desinfizientien, speziell mit Lysol und Lysoform.

(Mediz. Klinik 1905. Nr. 49.)

Das Melioform ist zwar völlig geruchlos, aber ebenso giftig wie Lysoform. Der prozentuale Formaldehydgehalt ist bei beiden Mitteln gleich. Trotzdem wirkt Melioform stärker bakterizid. 1 Liter 3%iges Lysol kostet 0,15 ℳ, 2—3%iges Lysoform 0,13—0,195 ℳ, 0,5%iges Melioform 0,057 ℳ. Die Melioformlösungen sind in jeder Verdünnung wasserklar. Die Instrumente können aus der Lösung heraus ohne Wasserspülung benutzt werden. Ein Nachteil ist, daß die Hände der Operateure, die viel mit Melioformlösungen arbeiten, zuweilen außergewöhnliche Trockenheit aufweisen. Ob dieser Umstand auf individueller Empfindlichkeit beruht, steht dahin.

G. Schmidt (Berlin).

---

16) **Isaja.** Sull azione antisettica dell' isotachiolo.

(Policlinico 1905. Nr. 10. Ser. chir.)

Unter dem Namen Isotachiol hat Paterno ein neues Fluorsilbersalz hergestellt. Nach Untersuchungen von I. wirkt es im Reagensglas noch in Verdünnung von 1 : 100000 abtötend auf Staphylokokken, Bakterium coli, in 1 : 1000 auf Milzbrandbazillen. Für Tiere ist es absolut unschädlich. Es wird sich daher zur Sterilisierung und Sterilhaltung von Wasser und Flüssigkeiten verwenden lassen (1 : 500000); zu antiseptischen Spülungen und Verbänden erwies es sich nützlich.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).



17) **B. Müller.** Parisol, ein neues Antiseptikum und Desodorans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 602.)

Das Parisol »stellt ein Kondensionsprodukt von Formaldehyd und verseiften Naphtachinonen dar. Es ist eine Flüssigkeit von heller, wasserklarer Farbe, die einen angenehmen, erfrischenden Geruch hat und sich mit Wasser leicht vermischt. Wenn das Wasser kalkhaltig ist, so wird die verdünnte Lösung wolkig, leicht milchig, was aber der Wirksamkeit des Parisols keinen Abbruch tut«.

P. lobt die antiseptische und desodorisierende Kraft des Mittels. Die erste ist durch eine große Reihe von Desinfektionsversuchen im bakteriologischen Laboratorium, deren Details das Original mitteilt, nachgewiesen, und praktisch hat P. das Mittel im Gebiet der Chirurgie sowie der Gynäkologie mit besten Erfolgen benutzt, sei es zur Handdesinfektion, sei es zu Spülungen, zu Umschlägen auf Wunden usw. Er zweifelt nicht, daß sich das Parisol sehr bald einen dauernden Ruf und den ersten Platz unter den Antisepticis erwerben wird. Es wird in Konzentrationen von 0,5—5,0% angewandt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

18) **H. Vörner.** Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

V. verwendet das übermangansaure Kali zu obigen Zwecken teils als konzentrierte Lösung, teils als Pulver, teils als Paste (mit Ungt. paraff. 1 : 3), event. nach vorheriger Kokainisierung der betreffenden Stelle, die durch das etwas Brennen erregende Medikament braun bis schwarz gefärbt wird (Schutz der Umgebung durch Zinkpflaster). Verf. hält das Mittel für das stärkste Hämostatikum und empfiehlt hierzu besonders die demnächst von der Firma Riedel (Berlin) in Zinntuben in den Handel gebrachte Paste.

Kramer (Glogau).

---

19) **H. Vörner.** Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrofuloderma und der Furunkulose. (Aus der med. Poliklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Zur Betupfung der Skrofulodermaherde und Furunkel verwendet V. eine konzentrierte Auflösung von reiner kristallisierter Karbolsäure in Alkohol, die je nach der Größe des Herdes oder Furunkels nur einmal oder eine Reihe von Tagen hintereinander nach einem Einstich in den noch unerweichten Knoten so tief als möglich eingebracht wird. V. rühmt besonders die bei Furunkulose damit erreichten Resultate.

Kramer (Glogau).

---

*

20) **Casati.** Statistica personale di 731 laparotomie.

(Communicazione fatta all'Accademia di Sc. med. e naturali di Ferrara, 15. Luglio 1905.)

21) Derselbe. Due parole oneste sulla chirurgia dello stomaco.

Ferrara 1905.

Aus den auf einer größeren persönlichen Erfahrung beruhenden Anschauungen des Verf. sei kurz folgendes hervorgehoben. Die Frage des therapeutischen Wertes der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose ist noch nicht entschieden; C. führt sie deswegen nur aus, wenn die konservativen Maßnahmen versagen und Pat. sie wünscht. — Die Talma'sche Operation genügt nicht ihrer Indikation, da sie zwar das Blut von der Leber ableitet, damit diesem aber auch die Möglichkeit nimmt, gewisse Giftstoffe in der Leber abzuscheiden, welche nunmehr ihren schädigenden Reiz auf die Nieren ausüben. — Die temporäre Coecotomie à la Durante wegen Colitis ulcerosa hat C. fünfmal mit vier Heilungen ausgeführt; der fünfte Kranke starb an der Grundkrankheit.

Das Material des Verf. aus der Magenchirurgie ist nicht groß, da er meist sehr vorgeschrittene Fälle zur Behandlung bekam. Er spricht sich über diesen Gegenstand in der zweiten obengenannten Arbeit nicht sehr optimistisch aus. Die Magenfistel bei Speiseröhrenkrebs hält er nur dann für indiziert, wenn eine dadurch erzielte kurze Lebensverlängerung für den Kranken von hohem sozialen Werte sein sollte. Bei bösartigen Affektionen will er lieber die Indikationen für die Resektion des Magens weiter ziehen als die Gastroenterostomie empfehlen, weil man durch jene eher einen größeren Nutzen für den Kranken erhoffen könne. Aber in jedem Falle soll man erwägen, ob es für diesen nicht besser sei, durch interne Mittel ein leidliches Dasein zu schaffen, als den Pat. einer schweren, nicht gefahrlosen Operation mit all ihren subjektiven Unannehmlichkeiten zu unterwerfen, ohne einen wesentlichen Vorteil bieten zu können. Für die Chirurgie des Magenkrebses sei es daher wichtig, die Kranken möglichst früh zur Laparotomie zu bekommen und letztere soll gegebenenfalls schon bei noch unsicherer Diagnose ausgeführt werden. — Bei gutartigen Stenosen übt C. die Pyloroplastik sowohl, wie die Gastroenterostomie; doch soll man den Pat. über alle Eventualitäten, die Möglichkeit einer kompletten Heilung, wie eines Versagens des Erfolges vorher aufklären. **A. Most** (Breslau).

---

22) **J. Boas.** Anzeigen und Grenzen für chirurgische Eingriffe am Magen.

(Moderne ärztliche Bibliothek. Berlin 1905. Hft. 21.)

Es ist mit Freude zu begrüßen, wenn auch von so berufener interner Seite die Indikationen und Grenzen für chirurgische Eingriffe am Magen einmal zusammenhängend besprochen werden, umsomehr,

wenn sich des Verf.s Anschauungen im allgemeinen mit den modernen chirurgischen decken.

Nach Besprechung der Grenzen allgemeiner Natur für eine Operation überhaupt bespricht Verf. zuerst Anzeigen und Grenzen bei gutartigen, dann bei bösartigen Magenerkrankungen. Bei ersteren wäre zu erwähnen, daß er ebenfalls die auch bei den Chirurgen mehr und mehr sich verbreitende Anschauung vertritt, daß das einfache Geschwür keine Indikation für Operation gibt, ebensowenig die akute Blutung dabei, wohl aber sich öfter wiederholende Blutungen.

Bei den bösartigen Erkrankungen erwartet er von einer Vereinfachung und größeren Sicherheit des diagnostischen Apparates eine Vergrößerung der Zahl der zur Operation kommenden Fälle, unter denen sich dann auch mehr mögliche Radikaloperationen finden würden. Das entspricht wohl dem Wunsche der Chirurgen nach häufigerem Probebauchschnitt. Die Gastroenterostomie soll sich auf die Fälle beschränken, welche vor der Operation als resektionsfähig angesehen wurden, und sich dann als ungeeignet erweisen. **Renner** (Dresden).

---

23) **S. White.** Gastroduodenostomy as a substitute for gastrojejunostomy.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Die gewöhnliche Gastroenterostomie hat drei Nachteile: die Gefahr des Circulus vitiosus, die Neigung zur Entstehung eines Ulcus pepticum und den Fortfall des Reizes auf die Gallen- und Pankreassaftabsonderung durch den in den Darm übertretenden Mageninhalt. Zur Vermeidung dieser Nachteile empfiehlt W. in allen geeigneten Fällen die Gastrojejunostomie zu ersetzen durch die Gastroduodenostomie (Finney's Pyloroplasty). Nach gründlicher Freimachung von Pylorus und oberem Duodenum werden mit Hilfe einer oberen und zweier unteren Zügelnähte Pylorus- und Duodenalwand aneinander gelegt und mit fortlaufender Seidennaht vereinigt; hufeisenförmige Eröffnung von Pylorus und Dünndarm um das obere Nahtende herum; durchgreifende Nähte vereinigen Pylorus und Duodenum, darüber die übliche sero-seröse Naht. — Die Operation beseitigt den Pylorusring und erweitert den Magenausgang auf Kosten von Duodenummaterial, indem es die Pylorusschwelle um 4—6 cm erniedrigt. Fünf Fälle wurden so mit vollem Erfolg operiert. **Weber** (Dresden).

---

24) **S. Rindone.** Sulla permeabilità della parete intestinale ai batterii. Ricerche sperimentali.

(Riforma medica XXI. Nr. 18.)

Über die Frage der Durchlässigkeit der Darmwandung für Bakterien liegen bereits eine größere Reihe klinischer und experimenteller Untersuchungen vor, deren Resultate jedoch in vielen Punkten aus-

einander gehen. R. hat daher dieses Thema zum Gegenstand einer großen Reihe sehr sorgfältiger und gut durchdachter Experimente an Kaninchen und auch an Hunden gemacht.

Er untersuchte die Durchlässigkeit des Darmes beim Volvulus, ferner nach Kontusion einer Darmschlinge, nach Zirkulationsstörungen (hohe Unterbindung der Mesenterialgefäße) und schließlich nach chemischen und mechanischen Schädigungen der einzelnen Wandschichten. Für gewöhnlich wurden die im Tierdarm vorhandenen Bakterien zur Lösung der Frage benutzt, mitunter wurde aber auch der Bacillus prodigiosus durch den Mund eingeführt, um den Widerstand, den die einzelnen Darmwandschichten der Bakterienwanderung entgegensetzen, mit Hilfe seiner Farbe genauer zu prüfen. R. untersuchte alsdann die Peritonealflüssigkeit während und — in stündlichen Intervallen — nach der die entsprechende Schädigung herbeiführenden Operation bakteriologisch, und um die natürliche, bakterizide Kraft des Organismus zu schwächen, injizierte er meist noch Bouillon intraperitoneal. Nach dem Tode des Versuchstieres wurden schließlich Kulturen aus den Gekrösdrüsen, der Milz und dem Herzblut angelegt, um auch die Bedeutung der Lymph- und Blutbahnen für den Bakterientransport zu studieren. Die geschädigten Darmpartien wurden einer genauen makroskopischen und, wenn nötig, auch einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen.

Das Hauptresultat, welches all' den genannten Untersuchungsserien gemeinsam ist, läßt sich dahin zusammenfassen, daß ein Überwandern der Bakterien aus der Darmlichtung in die Peritonealhöhle nur dann stattfindet, wenn die Darmwandung in ihrer ganzen Dicke nekrotisch oder zum mindesten schwer geschädigt (bei der Kontusion) ist. Dabei geht die Infektion der Bauchhöhle leichter vor sich beim Volvulus einer Darmschlinge wegen des stärkeren Innendruckes, weniger leicht bei der Kontusion des Darmes und noch langsamer bei chemischer Schädigung sowie bei der anämischen Nekrose nach Ligatur der Gekrösgefäße. Eine traumatische Peritonitis kann somit der Darmperforation vorangehen oder auch ohne diese erfolgen. Die Serosa sowohl wie die Muscularis für sich vertragen schwere chemische und traumatische Schädigungen (Verätzung und Abtragung oder Zerstörung) ohne Infektion der Bauchhöhle von der Darmlichtung aus. Eine Schädigung der Mucosa und Submucosa (bei der Unterbindung der Gekrösgefäße und nach Einführung ätzender Substanzen durch den Mund) kann eine Infektion der Gekrösdrüsen und des Blutgefäßsystems zur Folge haben.

A. Most (Breslau).

---

25) **E. Kreuter.** Die angeborenen Verschließungen und Verengerungen des Darmkanals im Lichte der Entwicklungsgeschichte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 1.)

Daß zur Erklärung der angeborenen Verschließungen am Darmrohr des Menschen die entwicklungsgeschichtliche Tatsache einer tem-

porär-fötalen Verstopfung der Kanallichtung durch Epithelbildung heranziehbar ist, ist zuerst mit speziellem Bezug auf das Duodenum von Tandler u. a. hervorgehoben. K. führt in vorliegender durch Fleiß ebenso wie durch gründliche Sachkenntnis sich auszeichnenden Arbeit den Nachweis, daß sämtliche angeborenen Mißbildungen solcher Art, auch die der Speiseröhre, des Magen und des Dünn- und Dick- wie Mastdarmes in ungezwungen plausibler Weise durch einen normal entwicklungsgeschichtlichen Vorgang erklärbar sind. An sämtlichen Abschnitten des Verdauungsrohres hat man anzunehmen, daß temporäre Verschlüsse epithelialer Art im fötalen Leben normal durchgemacht werden, und wenn beim neugeborenen Menschen in gewisser Häufigkeit immer wieder bald hier, bald dort am Verdauungskanal pathologische Abschlüsse zur Beobachtung kommen, hat man hierin nichts zu erblicken, als eine Art Hemmungsbildung, beruhend auf abnormem Fortbestehen jenes Entwicklungsstadiums.

Die Beweise für diese Theorie sind natürlich in erster Linie nur durch embryologische Untersuchungen führbar, und gerade auf diesem Gebiete verfügt K. über ausgedehnte eigene Arbeiten mit durchaus positivem Resultat. Bereits in seiner Doktordissertation berichtet K. über die Entwicklungsvorgänge an der Speiseröhre von Haifischembryonen, bei denen dieses Organ eben auch temporär »solide« ist. Auf diese Untersuchungen wird jetzt wieder kurz Bezug genommen, und indem auch die Resultate anderweitiger embryologischer Arbeiten berücksichtigt werden, findet sich, daß sich die fraglichen fötalen Verschlüsse am Darmrohr bei fast allen Wirbeltierklassen nachweisen lassen — vielleicht sind sie in phylogenetischer Auffassung als ein Vorfahrenzustand zu deuten.

Als neues eigenes Beweismaterial für die Theorie bringt jetzt K. die Resultate der Untersuchung von zehn menschlichen, größtenteils durch Tubenschwangerschaftsoperationen gewonnenen Embryonen bei von $6^1/_2$ mm größter Länge bis 51 mm Steißscheitellänge. Auf Details wird wegen des Fernliegens des Gegenstandes für die praktische Chirurgie hier nicht näher eingegangen, es genüge die Bemerkung, daß durchgehends die fraglichen positiven Befunde gemacht wurden, von denen sieben mikroskopische Abbildungen die beste Vorstellung geben.

Dem ätiologisch entwicklungsgeschichtlichen Teile seiner Arbeit fügt K. einen nicht weniger fleißigen klinischen bei, in dem er eine vollständige von ihm gesammelte Kasuistik aller praktisch beobachteten einschlägigen Fälle in kurz referierten Krankengeschichten mitteilt. 111 dieser Fälle betreffen die Speiseröhre, 8 den Magen, 58 des Duodenum, 103 den Dünndarm, 33 den Dickdarm. Im allgemeinen Textteile finden sich auch Erörterungen über die chirurgisch operative Zugänglichkeit aller dieser Mißbildungen und Besprechung der Resultate der bislang auf diesem Gebiete gemachten therapeutischen Versuche.

Dies eine Andeutung des Hauptinhaltes von K.'s nochmals anerkennend hervorzuhebender Arbeit, über deren Gegenstand der Verf.

übrigens auch schon auf dem Chirurgenkongreß Vortrag gehalten hat (cf. d. Bl. 1904, Kongreßbericht p. 95).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

26) **Le Glay.** De l'occlusion intestinale consécutive à la position du Trendelenburg.

(Thèse de Paris 1905. — Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 44.)

Verf. teilt die Unzuträglichkeiten und Gefahren der Trendelenburg'schen Beckenhochlagerung folgendermaßen ein: 1) Schwierigkeiten und Zufälle während der Operation, größere Gefahr, die Blase zu verletzen, Möglichkeit, daß Eiter nach oben in die Bauchhöhle fließt. 2) Herz- und Lungenkomplikationen: Kongestionen, septische Pneumonien. 3) Leichtere postoperative Zufälle: Emphysem der Bauchwand, Peroneuslähmung. 4) Schwere postoperative Komplikationen: Darmverschluß. a. Durch Torsion des Darmes infolge seiner Verschiebung nach oben. b. Durch Knickung infolge alter strangförmiger Verwachsungen, besonders am Kolon transversum. Bemerkenswert ist, daß in mehreren derartigen Fällen die freie Bauchhöhle überhaupt nicht eröffnet wurde, daß also frische entzündliche Verklebungen als Folge der Laparotomie ätiologisch sicher auszuschließen waren. Prophylaktische Maßregeln gegen den Eintritt einer Darmverlegung infolge von Beckenhochlagerung sind folgende: 1) Wurde die Bauchhöhle geöffnet, so muß der Kranke, ehe sie wieder geschlossen wird, in Horizontallage gebracht werden; die Bauchhöhle darf nicht eher geschlossen werden, als bis man sich überzeugt hat, daß die Organe wieder in richtiger Lage sich befinden. 2) Wurde die Bauchhöhle nicht eröffnet, so muß die Horizontallage ganz allmählich und ohne Erschütterung wieder hergestellt werden. In diesen letzteren Fällen handelt es sich gewöhnlich um Blasenoperationen.

Mohr (Bielefeld).

---

27) **Boas.** Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalkarzinome.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

Man setzt im Allgemeinen die Hoffnung auf bessere Resultate in der bis jetzt einzig Erfolg versprechenden operativen Bekämpfung des Karzinoms auf frühe Diagnosenstellung. Die Klage, besonders der Chirurgen, ist immer dieselbe: Wenn die Pat. nur eher zur Operation kämen, wenn nur die Diagnose früher gestellt würde und die Kranken dann sofort der Operation unterworfen würden. B. unterwirft nun einmal die Berechtigung dieser Ansicht einer Kritik und untersucht die Frage, ob wir in der Diagnosenstellung noch erhebliche Fortschritte zu machen haben. Über letzteren Punkt äußert sich B. ziemlich pessimistisch. Für die Beantwortung der ersten Frage liegt ihm aus seiner reichen Erfahrung ein großes Material vor: 84 Karzinome des Mastdarms, 30 des Dickdarms und 284 des Magens. B.

stellt in Tabellen zusammen, wie lange nach Beginn der ersten Symptome die Kranken in ärztliche Behandlung kommen, und findet, daß bei Mast- und Dickdarmkrebs das oft recht spät der Fall ist, während bei Magenkrebs doch fast 25% früh, d. h. innerhalb der ersten 3 Monate nach Einsetzen der ersten Krankheitserscheinungen den Arzt aufsuchen. Es ergibt sich nun sowohl für den Magen- als den Dickdarmkrebs die auffallende Tatsache, daß durchaus nicht die frühzeitige Feststellung des Leidens eine gute Aussicht für die Operation gibt, daß aber andererseits langes Bestehen der Krankheit und spätes Erkennen derselben die Möglichkeit, doch noch radikal zu operieren, meist ausschließt. Er führt eine Reihe von Fällen an, wo schon 4 Wochen nach dem ersten Auftreten der Symptome Magenkarzinome völlig inoperabel waren; diesen stellt er eine andere Reihe gegenüber, in denen länger als 1 Jahr Krankheitserscheinungen bestanden und doch noch eine radikale Entfernung möglich war. Es spielt eben die verschiedene Bösartigkeit und Ausdehnungsfähigkeit der Karzinome eine viel größere Rolle, als man bisher allgemein annimmt, und es wird selbst bei noch weiterer Verfeinerung der Diagnostik immer noch viele Fälle geben, in denen wir auch bei frühester Diagnose mit der Operation zu spät kommen.

Haeckel (Stettin).

28) **Ch. Ball.** On the surgical treatment of malignant disease of the rectum.

(73. Versammlung der British medical association 1905. — Brit. med. journ. 1905. September 30.)

B. als Ref. über obiges Thema führt die in den letzten Jahren mehr ermutigenden Ergebnisse der Operationen des Mastdarmkrebses zurück auf frühzeitigere Diagnosenstellung, bessere Auswahl der Fälle, sorgfältigere Vorbereitung, verbesserte Methoden und Technik der Operation. Er konnte feststellen, daß die Kranken im allgemeinen jetzt früher chirurgische Hilfe suchen. Solche im Anfang ihrer Entwicklung befindlichen Fälle ohne Verwachsungen mit Blase, Prostata, Uterus, Knochen bieten nach seiner Erfahrung vorzügliche Erfolge dar, für den Augenblick wie für die Dauer. Großes Gewicht legt er auf eine 4—5tägige Vorbereituug zur Entleerung des Darmes und auf eine antiseptische Auswaschung des Mastdarmes unmittelbar vor dem Eingriff. Die vorgängige Kolostomie ist nur in den Fällen angebracht, wo wegen Stenose die gründliche Darmvorbereitung unmöglich ist. Den perinealen Weg beschränkt B. wegen der sich ergebenden Inkontinenz auf die Karzinome, die den Afterteil ergriffen haben. Das durchtrennte Darmrohr näht er an die Haut an. Für die höher sitzenden Geschwülste kommt der sakrale Weg nach Kraske in Frage. Als Abschluß für diese Methode ist die Anlegung eines Sakralafters nur selten nötig, zuweilen gelingt es durch Resektion und ringförmige Darmnaht oder durch Beschränkung auf vordere und seitliche Nähte volle Kontinenz zu erhalten, für die meisten Fälle aber empfiehlt B. dringend nach Entfernung der Schleimhaut des Afters und untersten

Mastdarmes mit sorgfältiger Schonung des Sphinkters das obere Darmende durch den After hindurchzuziehen und an die Haut anzunähen. — In dreien seiner Fälle führte er mit vollem Erfolg die abdominale Resektion des Mastdarmes und des Colon pelvicum aus mit Hindurchziehen des oberen Darmendes durch den seiner Schleimhaut beraubten untersten Mastdarm- und Afterteil und Einnähen in die Haut. Die Methode ist nur möglich bei langem Mesokolon. Die Vorteile des abdominalen Weges (genaue Übersicht über die Ausdehnung des Erkrankten, geringer Blutverlust durch Unterbindung der oberen und mittleren Hämorrhoidalarterien im Anfang der Operation, Entfernung der Lymphdrüsen) sind so groß, daß dieser Methode nach B.'s Ansicht eine große Zukunft bevorsteht.

In der Diskussion empfiehlt Swinford Edwards für die Diagnose sehr hochsitzender Karzinome das Rektoskop von Strauss. Bei 40 Fällen habe er 7,5 % Mortalität. Die vorgängige Kolostomie empfiehlt er für Fälle von hochgradiger Stenosierung und für solche Fälle, bei denen wahrscheinlich das Bauchfell eröffnet werden wird.

Hartmann (Paris): Von 21 Fällen von Exzision eines Mastdarmkarzinoms starb nur einer. Bei tiefsitzenden Geschwülsten beschränkt er sich auf ausgiebige Entfernung der Geschwulst und vereinigt die oberen Schnittenden mit der Haut unter Erhaltung des Sphinkters. Bei höhersitzenden Karzinomen entfernt er den Mastdarm, ohne ihn zu eröffnen, und zieht ihn ebenfalls durch den After hindurch. Die vorgängige Colostomie macht er nie. 12 so Operierte wurden alle geheilt.

Stanmore Bishop berichtet über 35 Fälle und empfiehlt in allen Fällen die Anlegung einer Kolostomie.

Gelston Atkins spricht für die Rektoskopie nach Strauss. Auch er ist ein Anhänger der Invagination des oberen Darmendes durch den seiner Schleimhaut entkleideten Afterteil. Den heruntergezogenen Darm dreht er $^1/_2$mal um seine Längsachse.

Sinclair White empfiehlt auf Grund von 26 nach Kraske operierten Fällen die vorgängige Kolostomie, die er wegen der Rezidivmöglichkeit ein Jahr lang bestehen läßt. Von seinen 26 Operierten starben 5; von 9 vor 3 Jahren Operierten blieben nur 4 rezidivfrei.

Auf Grund der zahlreichen Rückfälle hat er die Kraske'sche Operation aufgegeben und sich für den abdominalen Weg entschieden.

Deanesly hält die vorgängige dauernde Kolostomie für recht vorteilhaft, sobald der Afterteil befallen ist und geopfert werden muß.

Mitchell ist ein eifriger Anhänger der Durchführung des oberen Mastdarmendes durch den seiner Schleimhaut entkleideten Afterteil mit Einnähung in die Haut.

Jackson Clarke schließt sich dem an und empfiehlt den abdominalen Weg zur vorbereitenden Entscheidung über die einzuschlagende Methode. **Weber** (Dresden).

I.

Kleinere Mitteilungen.

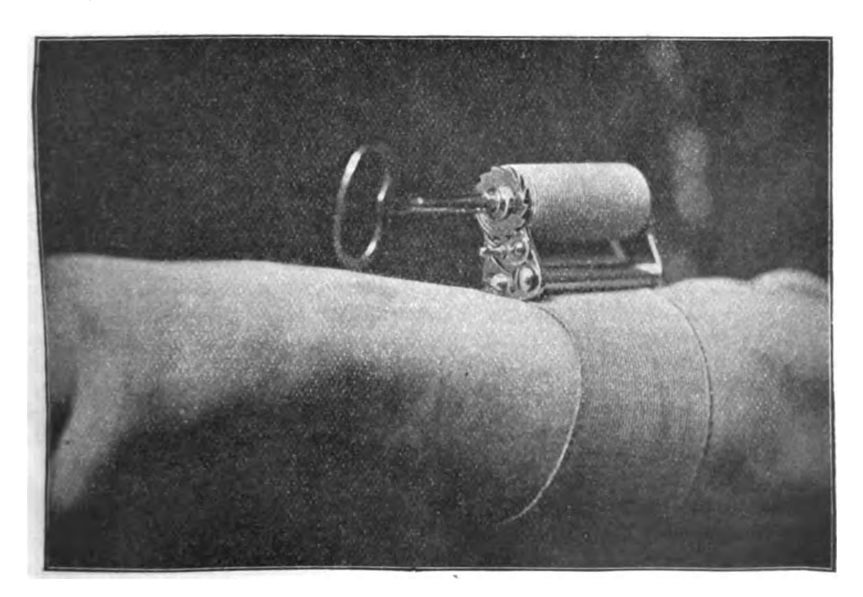
Zur Technik des Bier'schen Verfahrens bei der Stauungshyperämie.

Von

Dr. **Joachim Mindes** in Drohobycz.

Immer mehr häufen sich die Publikationen über die Resultate der neuen, von Bier inaugurierten Behandlungsmethode der akuten Entzündungen und Eiterungen mittels Stauungshyperämie.

Auch in unserem Spitale wurde diese Behandlungsmethode gleich nach deren Publikation vom Leiter des Spitales, Herrn Dr. Bronisław Kozłowski, eingeführt. Die ausgezeichneten Resultate, die er mit dieser Methode erzielte, veranlaßten ihn, dieselbe konsequent weiter durchzuführen und behufs leichterer Durchführbarkeit der Technik einen eigenen Apparat zu ersinnen. Hat ja die tägliche Erfahrung gelehrt, daß das richtige Anlegen der Gummibinde nicht nur größere Fertigkeit und subtile Aufmerksamkeit seitens des Arztes, sondern auch geschulte Spitalsdienerschaft erfordert. Es handelt sich ja hauptsächlich darum, die rote Hyperämie hervorzurufen; die schwache hat keinen Erfolg, die zu starke, die blaue oder gar kalte Hyperämie bringt Schaden! Um daher dem behandelnden Arzt und noch mehr der Spitalsdienerschaft das Anlegen der Gummibinde zu erleichtern, ließ Dr. Kozłowski durch die Firma Georgeon & Trepczyński in Lemberg den Apparat, den beistehende Abbildung zeigt, konstruieren:



Derselbe besteht aus einer Walze, an deren einem Ende eine Scheibe mit gezahntem Rand und eine Sperrfeder angebracht sind. Auf die Walze ist ein beliebig breites Band aus gewebtem Gummi aufgewunden. Beim Anlegen des Apparates wird das Band mittels Schlüssels aufgerollt, an den betreffenden Körperteil gebracht

und dann die Sperrfeder in den bestimmten Zahn fallen gelassen. Dadurch wird nicht nur der gewünschte Druck erzielt, sondern auch das Gummiband dauernd auf seinem Platz erhalten.

Die Praxis lehrt, daß man den Druck am besten in der Weise reguliert, daß man beim Anlegen der Binde eine leichte Blaufärbung hervorruft, also stärker anzieht, etwa 2 Minuten später, um einige Zähne nachlassend, die rote Hyperämie hervorruft. Nach Verlauf einiger Stunden lockert sich zwar die Binde, ebenso wie die Bier'sche Staubinde; aber nach Drehung der Walze um einige Zähne liegt der Apparat wieder fest an, und diese Drehung kann nicht nur jeder Diener, sondern auch jeder nur halbwegs intelligente Kranke selbst bewerkstelligen.

Die Resultate, die der Apparat liefert, sind derart ermunternd, daß ich mit Zustimmung seines Erfinders, meines Chefs, diese Zeilen der Öffentlichkeit übergebe in der festen Überzeugung, daß die breiteste Anwendung des Kozłowskischen Apparates nicht nur dem Bier'schen Verfahren förderlich, sondern auch der kranken Menschheit von Nutzen sein werde.

Drohobycz, im Dezember 1905.

II.

Rhinochirurgische Mitteilungen.

Von

Dr. **L. Grünwald** in Bad Reichenhall-München.

I. Verfahren zur Freilegung sämtlicher Nebenhöhlen der Nase und des Naseninnern.

Im Anschluß an die seinerzeit[1] von mir angegebene Siebbeinoperation existieren mehrfache Modifikationen. Hier will ich kurz schildern, wie ich mir in einem Fall umfangreicher Zerstörungen des Naseninnern durch Tuberkulose zu helfen versucht habe (3. März 1904).

Der Schnitt I, Fig. 1, verlief von der Mitte der rechten Augenbraue zum inneren Augenwinkel, genau wie der seinerzeit von mir angegebene und von anderen und mir praktisch erprobte Schnitt zur Freilegung des Siebbeinlabyrinths, wurde aber gleich am Nasen-Wangenrande bis zur Nasolabialfalte und ungefähr in dieser noch ca. 5 cm nach außen geführt, die Weichteile wurden, mitsamt dem Bulbus, subperiostal zurückgedrängt, in früher beschriebener Weise die Lamina papyracea, dann das Tränenbein, der Processus nasalis des Jochbeines und endlich nach oben der Processus nasalis des Stirnbeines teils mit Meißel, teils mit Knochenzange entfernt. Nachdem die rechte Stirnhöhle sich miterkrankt zeigte, wurde auch deren Vorderwand im Anschluß mitentfernt. Von der sehr breiten Einblick gewährenden Öffnung konnte dann das gesamte Siebbeinlabyrinth, zunächst das rechte, dann nach Abtragung der ganzen Nasenscheidewand bis zur Choane, auch das linke vollkommen ausgeräumt werden; dann wurde die rechte Keilbeinhöhle durch Abtragung der unteren Wand in eine flache Grube verwandelt und ausgeräumt, endlich die rechte Kieferhöhle durch Entfernung aller Muschelreste und der nasalen Wand in einen mit der Nase ungehemmt zusammenfließenden Raum verwandelt, auch die erkrankten Wandteile bis auf den M. pterygoideus int. entfernt. Sogar eine kleine Partie der Lamina cribrosa mußte abgetragen werden.

Das wenige vom Naseninnern noch übrige hätte natürlich ebenfalls glatt beseitigt werden können.

Wenn in anderen Fällen das Septum erhalten werden kann und soll, müßte das Verfahren beiderseits ausgeführt werden.

[1] Lehre von den Naseneiterungen. 1893. p. 107.

Heilung der bis auf den untersten Schnitteil sofort vernähten Wunde und kosmetisches Resultat ließen nichts zu wünschen. da die in den ersten paar Monaten noch bestehende leichte Verschiebung des Bulbus auch ganz verschwand. (Das Dauerresultat in diesem Falle wurde leider durch ein Rezidiv an der Gaumenplatte gestört.)

Das Wesentliche für folgende Fälle ist jedenfalls die durch einen verhältnismäßig einfachen Eingriff erzielte Möglichkeit freien Einblickes und weitest reichender Entfernung krankhafter Teile. Modifikationen im Sinne engerer oder weiterer Ausdehnung der Operation im Innern sind dabei immer möglich.

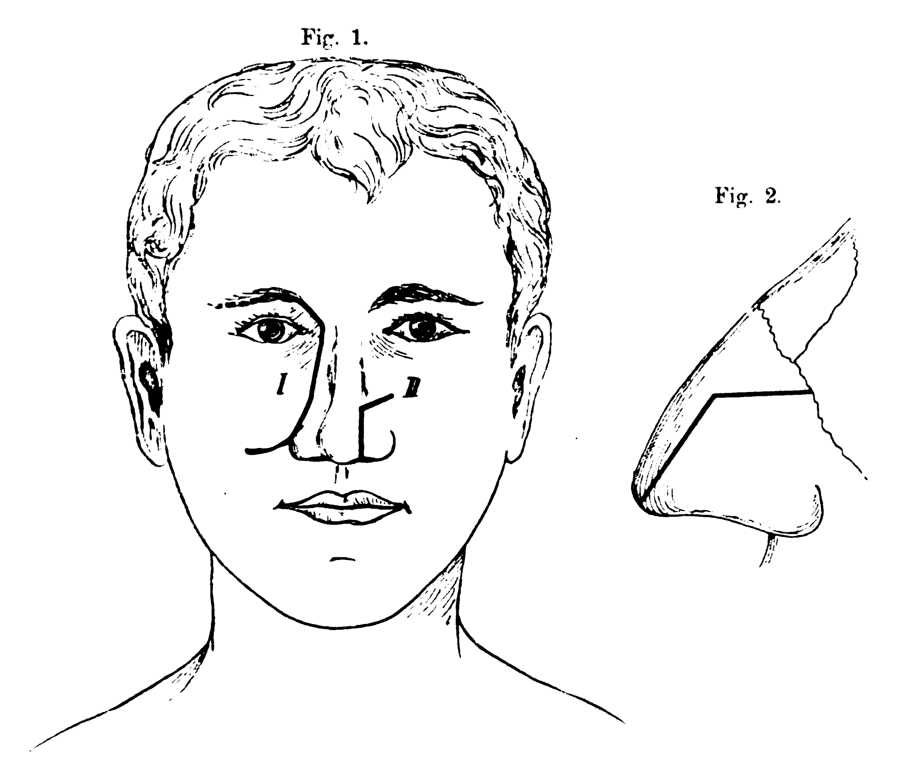
Wichtig erscheint mir noch die hier wie auch bei der Stirnhöhle erwiesene Möglichkeit, Entstellung auch ohne osteoplastisches Verfahren zu vermeiden.

II. Freilegung des Vestibulum nasi und knorpeligen Septum.

Dieses Verfahren, bereits im Jahre 1896 auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt beschrieben, ist ganz unbekannt geblieben, daher beschreibe ich es neuerdings an einer mehr Öffentlichkeit bietenden Stelle. (Fig. 1, II und Fig. 2.)

Fig. 1.

Fig. 2.



$^1/_2$ cm neben dem Septum wird mit gerader Schere ein Schnitt durch sämtliche Weichteile, beinahe bis zur Apertura pyriformis geführt und dann in stumpfem Winkel etwas unterhalb derselben bis zum Processus nasalis des Oberkiefers fortgesetzt. Beide Schnittränder werden zwischen je einer Kocher'schen Klemme leicht komprimiert gehalten, wodurch die Blutung sofort steht. Der vordere untere Septumabschnitt und der Boden des Naseneinganges liegen ganz frei. Da diese Gegenden den Lieblingsplatz für tuberkulöse Depots sowohl als Sarkombildung darbieten, hat sich mir ihre frühzeitige breite Freilegung zur gründlichen Entfernung mehrfach nötig und das Verfahren hierzu dienlich erwiesen. Nach Vornahme der nötigen Eingriffe (mit Vorliebe exzidiere ich innerhalb des Gesunden

mit einem schmalen Thermokauter) erfolgt ohne Ligierung rasche und sorgfältige Naht. Die Narben sind in kurzer Zeit ganz unmerkbar.

III. Resektion des Vomer als Abschluß der Radikaloperation der Stirnhöhle.

Bereits vor 4 Jahren gab ich dem Zweifel Ausdruck[2], ob die damals von Killian angegebene, unterdessen ja modifizierte Stirnhöhlenoperation unter allen Umständen vollkommen Raum für den nötigen Abfluß des Wundsekretes in die Nase biete, und schloß den Vorschlag an, event. durch Resektion des obersten Septumanteiles Raum zu schaffen.

Gleich beim ersten Falle bestätigte sich meine Befürchtung, das Sekret stockte in dem sehr engen, durch Septum und Lamina papyracea begrenzten neuen Infundibulum. Die geschlossene Wunde brach wieder auf.

Zugegeben, daß der Zwischenfall nur ausnahmsweise vorkommt, immerhin ist die Möglichkeit ernster Störungen der Heilung in Fällen mit engerem oberen Nasengange, besonders wenn die Granulationsbildung reichlich ist, ins Auge zu fassen.

Unterdessen hat Killian sein Verfahren modifiziert, im wesentlichen durch Fortnahme der orbitalen Wand und des Processus nasalis des Stirnbeines unter Erhaltung einer Knochenspange. Aber die nach diesem Eingriffe zu befürchtende Verschiebung des Bulbus hat sich in der Tat mehrfach durch Eintritt von Diplopie bemerkbar gemacht. Diese kann mit Sicherheit nur durch völlige Schonung der Orbitalplatte vermieden werden, welche Schonung auch deswegen nicht gleichgültig erscheint, weil der Orbitalinhalt dem Kontakte mit dem durchaus nicht einwandsfreien Stirnhöhleneiter nicht unnötig ausgesetzt werden sollte.

Um trotzdem einen Primärverschluß der äußeren Wunde mit breitem nasalen Abfluß zu ermöglichen, ohne den Bulbus zu gefährden, habe ich die Operation nur auf die Vorderwand und den Ductus beschränkt und durch Septumresektion ergänzt.

Dabei leitete mich auch die Idee, durch Ausnutzung des sonst, je weiter nach oben, desto engeren Raumes zwischen Orbita und Septum die neue Stirnhöhlenmündung weiter nach vorn zu legen und den Boden des Ductus damit so gut wie ganz zu beseitigen.

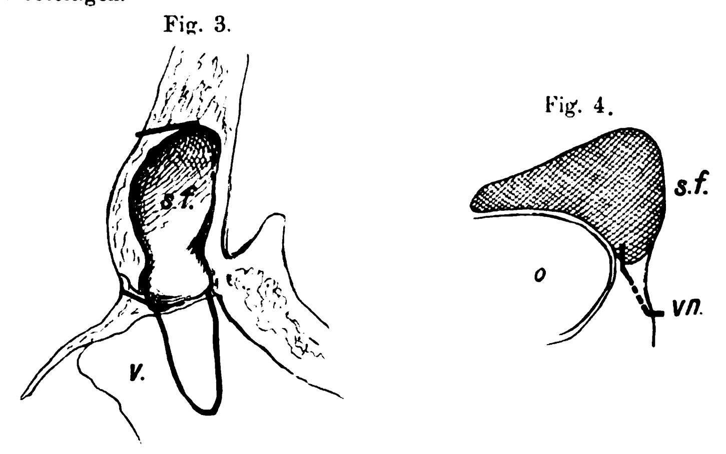


Fig. 3. Fig. 4.

Das Verfahren ist folgendes:

Nach völliger Resektion der vorderen Wand, auch des nasalen Anteiles derselben, also event. Teilen des Os nasale und sogar des Jochbeinfortsatzes, und Ausräumung der Höhle sowie Beseitigung der den Ductus umlagernden Siebbeinzellen

[2] Atlas der Krankheiten der Mundhöhle usw. 2. Auflage p. 113.

durchstoße ich soweit wie möglich nach vorn mit dem Meißel den medialsten Teil des Stirnhöhlenbodens nebst der angrenzenden Vomerpartie (Fig. 3 und 4) und reseziere mittels einer kleinen, über die Kante gebogenen Luer'schen Zange (zu erhalten bei Katsch oder Stiefenhofer in München) soviel von letzterer, als zur freien Bewegung dieser Zange nötig. Dann Durchführung eines die ganze Höhle sorgsam ausfüllenden Gazedochtes in die Nase und sofortiger Wundverschluß. (Fig. 3: Sagittalschnitt neben der Mittellinie; Fig. 4: Frontalschnitt durch Stirnhöhle und Orbita, schematisch. *o* = Orbita, *s. t.* = Septum frontale, *v* = Vomer.)

Daß das Verfahren bei doppelseitiger Erkrankung besonders geeignet und leicht ausführbar, wird jeder Operateur erfahren, aber auch bei einseitiger habe ich es mehrfach ohne wesentliche Schwierigkeiten angewendet und empfehle es der Nachprüfung. Aufmerksam möchte ich noch darauf machen, daß die Septumöffnung, wenn auch noch so groß angelegt, nicht immer vom Naseneingang aus sichtbar ist, da das Tuberculum septi sie verdecken kann, daß sie aber immer leicht sondierbar bleiben muß.

---

29) G. A. Alfaro et M. A. Santas (Buenos-Aires). Les sarcomes viscéraux chez les enfants.

(Arch. de méd. des enfants 1905. Oktober.)

Abgesehen von den Echinokokkencysten, welche im Vaterlande der Verff. sehr häufig vorkommen, sind die Sarkome die am meisten beobachteten Geschwülste des Kindesalters. Verff. haben in den letzten Jahren unter mehreren Tausend Kindern 10 Sarkomfälle beobachtet, und zwar:

im Alter von	2— 3	Jahren	1 Fall,
» » »	3— 5	»	4 Fälle,
» » »	5—10	»	4 »
» » »	10—11	»	1 Fall.

Unter 2 Jahren kamen keine Sarkome vor.

Bezüglich der Lokalisation waren:

Mesenterialsarkome	4	Fälle,
Nierensarkome	2	»
Kleinhirnsarkome	2	»
Darmsarkom	1	Fall,
Lungensarkom	1	»

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme des Kleinhirnsarkoms, welches ein Gliosarkom war, handelte es sich um kleinzellige Rundzellensarkome.

Eine charakteristische Symptomatologie haben diese bösartigen Geschwülste nicht, da Kachexie nicht zu beobachten, und die Abmagerung erst gegen das Ende hin ausgesprochen ist. Infolgedessen kann man die Diagnose nur darauf stützen, daß eine schnell wachsende Geschwulst gefunden wird, die je nach ihrem Sitze mehr oder weniger hervortretende Kompressionserscheinungen bewirkt, und daß eine solche Geschwulst beim Kinde meist sarkomatöser Natur ist. In einem einzigen Falle konnten Verff. hohes, unregelmäßiges Fieber bei einem Lungensarkom beobachten. Die Prognose ist eine sehr schlechte. In allen Fällen, in welchen ein operativer Eingriff versucht worden ist, konnte derselbe infolge der ausgebreiteten Verwachsungen nicht zu Ende geführt werden und alle Kinder gingen zugrunde. Der Verlauf ist meist ein sehr rascher; von obigen Fällen dauerten nur zwei 1 Jahr oder etwas mehr, die anderen starben innerhalb 2—6 Monaten.

E. Toff (Braila).

30) Curschmann. Über regressive Knochenveränderungen bei Akromegalie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Die knöchernen Veränderungen der Akromegalie wurden bisher durchweg als hypertrophische Zustände geschildert: einfache diffuse Hypertrophie, Exostosen, periostitische und enostitische Prozesse. Dagegen seien Atrophien und Rarefikationen der Knochen noch nicht beobachtet worden.

Verf. fand nun an drei Fällen ausgesprochene Atrophie besonders an Radius, Ulna und den Zehenphalangen, während sie in einem vierten Falle fehlte. Die Krankheit bestand in allen vier Fällen schon über 10 Jahre, war aber in den ersten drei mit starker Kachexie verbunden; die letzte Pat. dagegen, welche keine Atrophien zeigte, erfreute sich eines vorzüglichen Ernährungszustandes. Verf. glaubt nicht an ein bloßes zufälliges Zusammentreffen von Kachexie und Atrophie, sondern hält dieses für ein Glied in der Kette von Beweismitteln für die von Tamburini begründete, neuerdings wieder angefochtene Lehre, daß man zwei klinisch und anatomisch voneinander zu trennende Stadien der Akromegalie anzunehmen habe, ein hyperplastisches und ein kachektisches. **Gaugele** (Zwickau).

31) **Looser.** Zur Kenntnis der Osteogenesis imperfecta congenita und tarda (sog. idiopathische Osteopsathyrosis).

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

L. unterwarf die Unterschenkel eines 17jährigen Mannes, welche amputiert worden waren, einer sehr genauen anatomischen und mikroskopischen Untersuchung. Der Kranke zeigte das Bild einer ausgesprochenen Osteopsathyrosis und hatte gegen 50 Frakturen erlitten; die Unterschenkel waren zu korkzieherartigen, völlig unbrauchbaren Gebilden deformiert und wurden deshalb abgesetzt. Das Wesen der Krankheit besteht in einer mangelhaften Funktion der endostalen und periostalen Osteoblasten bei normaler Bildung derselben; daher ist die Knochenapposition mangelhaft, während die Resorption in normaler Weise geschieht und nicht gesteigert ist. Die Epiphysenknorpel sind zunächst normal, später treten an ihnen regressive Veränderungen ein infolge von Raumbeengung der normal in die Breite wachsenden Epiphysenscheibe durch die mangelhaft wachsende, sie einschließende Knochenschale. Genau dieselben pathologisch-anatomischen Veränderungen, wie die Osteopsathyrosis idiopathica, zeigt die Osteogenesis imperfecta congenita; beide sind also identisch, nur im Zeitpunkte des Auftretens verschieden, übrigens kommen alle denkbaren Übergänge im klinischen Beginne zwischen den kongenitalen und den erst im späteren Kindesalter auftretenden Erkrankungen vor. L. empfiehlt daher, »Osteopsathyrosis« ganz fallen zu lassen und nur eine Osteogenesis imperfecta congenita und tarda zu unterscheiden. **Haeckel** (Stettin).

32) **Schirmer.** Nachtrag zu der Studie über Osteomalakie von Dr. Lauper in Bd. V der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 2.)

Es handelt sich um den seltenen Fall einer vollständigen Heilung einer osteomalakischen Kranken, die später an einer interkurrenten Krankheit zugrunde ging. Die ersten Symptome zeigten sich im 18. Lebensjahre. 4 Jahre später wurde die Oophorektomie mit glücklichem Operationsverlaufe vorgenommen. Nach ca. 3 Jahren erst vollständiges Schwinden der Spontanschmerzen; zugleich zeigt das Röntgenbild die erfolgte Heilung. 7 Jahre später begann Pat. über allgemeine Mattigkeit und Magenschmerzen zu klagen; im April 1904 erfolgte die Perforation eines tuberkulösen Darmgeschwüres, die aber erst nach einigen Monaten zum Tode führte. Die Sektion ergab neben tuberkulösen Magen-Darmgeschwüren den typischen Befund der osteomalakischen Verkrümmungen des Beckens und der unteren Extremitäten, histologisch aber vollkommen normalen Knochenbau.

Gaugele (Zwickau).

33) **G. Ekehorn.** Zur Behandlung größerer, schwer heilender Knochenhöhlen in den langen Röhrenknochen.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVIII. III. Folge. Bd. V. Abt. I. Kirurgi. Nr. 1.)

Kurze Mitteilung über das erfolgreiche Verfahren des Verf.s, große Knochenhöhlen mittels Thiersch'scher Hautlappen auszutapezieren, darunter Beispiele von langjährigen (selbst 25jährigen) Eiterungen in Knochenhöhlen des Oberschenkels,



die durch das genannte Verfahren geheilt sind. Über die technischen Einzelheiten muß im Original nachgelesen werden. **Hansson** (Cimbrishamn).

34) **Barker.** Perichondritis, probably of gonorrhoeal origin.
(John Hopkins hospital bulletin 1905. November.)

Ein 27jähriger Mann erkrankte an Gonorrhöe, an Polyarthritis und im Anschluß daran an einer sehr schmerzhaften Schwellung der Kehlkopf- und Luftröhrenknorpel bzw. ihres Perichondriums. **W. v. Brunn** (Rostock).

35) **Renner.** Künstliche Hyperleukocytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infektionen.
(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1 u. 2.)

Hatte Miyake auf Anregung v. Mikulicz's experimentell die Nukleinsäure zur künstlichen Erzeugung von Hyperleukocytose und damit zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infektionen geprüft, so gibt R. die praktischen Resultate, welche in der Mikulicz'schen Klinik mit diesem Präventivverfahren am Menschen erzielt wurden.

Es wurde den Kranken Nukleinsäurelösung subkutan vor der Operation eingespritzt; der günstigste Zeitpunkt, wieviel Stunden vor der Operation das geschehen soll, läßt sich noch nicht fest bestimmen, er dürfte aber zwischen 12 und 24 Stunden vor der Operation liegen. Das Verfahren wurde angewandt bei 133 Personen; es handelte sich zum Teil um Operationen ohne Eröffnung des Bauchfelles, zum weit größeren Teil um solche mit Eröffnung desselben. Diese letzteren werden in zwei Gruppen geteilt, einmal solche, bei denen keine Gelegenheit zur Infektion durch Eröffnung präexistierender Bakterienherde (Magen-Darmkanal usw.) gegeben war, und solche mit Infektionsgelegenheit. Diese letzteren interessieren naturgemäß am meisten; unter 97 Fällen ergaben sich 5,2% Todesfälle an Operationsperitonitis. Wenn R. die Resultate bei Gespritzten mit denen bei Ungespritzten aus früherer Zeit vergleicht, so ergibt sich kein erheblicher Unterschied, wofern man nur den Tod an Operationsperitonitis berücksichtigt. Sehr erheblich zugunsten der Nukleinsäureinjektionen aber spricht es, wenn man alle event. mit der Operation in Zusammenhang stehenden Infektionen: neben Peritonitis noch Pneumonie, Pleuritis, Pyämie, berücksichtigt. **Haeckel** (Stettin).

36) **Caplescu-Poenaru.** Die Resultate der Rhachistovainisierung.
(Spitalul 1905. Nr. 19 u. 20.)

Verf. gibt in Kürze die Krankengeschichten und erzielten Resultate bei 169 mit obiger Anästhesierungsmethode operierten Fällen der Klinik des Prof. Dr. Th. Jonnescu. Er zeigt, daß das Stovain weniger giftig ist als das Kokain und viel bessere Resultate ergibt. Man bereite sich die Lösungen immer frisch, da sie nach längerer Aufbewahrung ihre Wirksamkeit einbüßen. Die angewendete Dosis war 7—8 cg für Erwachsene und 1—5 cg für Kinder, je nach dem Alter; damit wird eine genügende Unempfindlichkeit der unteren Körperhälfte bis zum Nabel erzielt zur Ausführung selbst größerer Operationen.

Nur selten beobachtet man Nebenerscheinungen der Stovainanwendung: Kopfschmerzen, Erbrechen, Schweiße, Verlangsamung des Pulses, Lumbalschmerzen und Erhöhung der Temperatur. Im übrigen erfolgt eine fast vollständige Paraplegie der unteren Extremitäten, die gleichzeitig mit der Unempfindlichkeit eintritt und verschwindet.

Die Indikation für diese Stovainanwendung geben solche Operationen ab, die man auf dem Land ohne genügende Assistenz ausführen muß, und solche, in welchen das Chloroform kontraindiziert ist. **E. Toff** (Braila).

37) **O. Tilmann.** Lumbalanästhesie mit Stovain.
(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 34.)

42 Fälle hat Verf. mit gutem Erfolg operiert. Die Technik wird eingehend beschrieben; 0,04—0,06 g Stovain werden injiziert und stets bis auf einmal aus-

reichende Anästhesie erzielt. Besonders angenehm und sicher war die Methode bei allen Mastdarmoperationen und bei Eingriffen an den Nachbarorganen. Laparotomien hat T. nicht mit Lumbalanästhesie vorgenommen, weil man die Ausdehnung der Operation oft vorher nicht übersehen kann. Die direkten Wirkungen der Injektion auf den Kranken waren auffallend gering; in $1/3$ der Fälle wurde Kopfschmerz bis zu 4tägiger Dauer beobachtet. Seitdem die Kranken während und nach der Operation mit dem Kopfe hochgelagert werden, haben die Beschwerden abgenommen.

Indikationen zur Lumbalanästhesie sind: Herzfehler, Lungenleiden, Arteriosklerose, Potatorium, Fettleibigkeit in Fällen, wo es sich um Operationen bis zum Nabel handelt. Bei Ischias wurden Lumbalinjektionen von Stovain mit nachfolgender forcierter Beugung des Oberschenkels mit gutem Erfolge mehrfach angewandt. **Langemak** (Erfurt).

38) **Peronne.** Contribution à l'étude de la bactériologie de l'appendicite.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 45.)

Verf. kam bei 14 bakteriologisch untersuchten Fällen von Appendicitis zu ähnlichen Resultaten wie Lanz und Tavel (Revue de chir. 1904 Nr. 7). Stets gelang es, Reinkulturen sämtlicher Mikroben zu züchten, welche in den im frischen Zustand entnommenen Präparaten vorhanden waren. Die Appendicitis ist also zweifellos eine bakterielle Erkrankung. In der Mehrzahl der Fälle findet man anaerobe Mikroben, oft in überraschend großer Anzahl im Verhältnis zu den aeroben. Auch bei unmittelbar nach der Exstirpation untersuchten Wurmfortsätzen gelang es stets, Reinkulturen von sämtlichen Mikrobenarten zu erhalten, welche im frischen Präparate zu sehen waren. Verf. hält den Colibazillus nicht für den pathogenen Keim der Appendicitis. **Mohr** (Bielefeld).

39) **F. A. Southam.** On traumatism as an exciting cause of acute appendicitis, with illustrative cases.

(Lancet 1905. November 25.)

Verf. teilt vier Fälle mit, bei denen akute Appendicitis auf ein Trauma folgte. Die Pat. waren Kinder von 7, 9, 12 und 15 Jahren; das jeweilige Trauma war: Fall auf den Leib beim Spiele, Schlag gegen den Leib beim Spiele, Fall auf den Leib beim Sprung ins Wasser und Sprung über einen Bach. In den ersten drei Fällen hatten vorher niemals Beschwerden bestanden, der 15jährige Knabe indessen hatte im Laufe der letzten 9 Monate vor dem Unfalle häufig über Leibschmerzen geklagt, so daß hier offenbar die leichte Zerrung beim Sprunge genügte, um zu Exazerbation des Prozesses zu führen. Operiert wurde in drei Fällen, und zwar einmal am 3. und zweimal am 4. Tage. Der Fall 3 heilte spontan nach 4 Wochen. Die Pat. 2 und 4 gingen an allgemeiner Peritonitis zugrunde. Interessant ist, daß Fall 2 ein gerichtliches Nachspiel hatte, und die Jury erkannte auf »Körperverletzung mit tödlichem Ausgange«.

Verf. weist auf die Statistiken über Appendicitis traumatica von Kelly und Hurdon hin, wo bei 50 Fällen 40mal abnorme Verhältnisse im Wurmfortsatz präexistierten, und zwar 30mal Kotsteine. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

40) **Bail.** Zur Frage der Frühoperation der Perityphlitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 44a.)

Im Augustahospitale sind die Erfolge der Operation gute gewesen, nachdem zur Regel gemacht wurde: Operation innerhalb der ersten 24, spätestens innerhalb 48 Stunden nach dem ersten Schmerzanfalle, sonst abwartende Therapie, Operation erst, nachdem 14 Tage fieberfrei verflossen sind. Nur große Abszesse wurden sofort inzidiert, der Wurmfortsatz nur dann reseziert, wenn er leicht zu finden war. Bei allgemeiner eitriger Peritonitis wurde die Bauchhöhle nur in der Mitte ge-

öffnet; Gegenöffnungen in den Lumbalgegenden und Drainage; keine Spülung. Schnelle Operation unter Abkürzung der Narkosendauer ist sehr wichtig.

Verworfen wird die Frühoperation:

1) wenn es sich um Pat. handelt, die andere schwere Leiden haben, wie unkompensierte Herzfehler, Tuberkulose und Nierenkrankheiten;

2) wenn der Anfall so leicht ist, daß die Diagnose nicht mit völliger Sicherheit gestellt werden kann;

3) bei stark fettleibigen Pat., Trinkern, und wenn der Anfall ohne stürmische Erscheinungen einsetzt. **Langemak** (Erfurt).

41) Vierhuff. Zur Ätiologie der Psoasabszesse.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 27.)

Ein $4^1/_2$jähriger Knabe erkrankte nach Verschlucken einer Nähnadel unter Erscheinungen, die auf Appendicitis gedeutet werden mußten. Nach einem schweren Fall auf die rechte Seite trat erhebliche Verschlimmerung ein. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, war etwas hyperämisch. Die Erscheinungen hielten an; man fand bei der zweiten Operation einen Psoasabszeß und darin eine 3 cm lange Nähnadel. Dieselbe muß also nach dem Verschlucken in den Wurmfortsatz geraten sein und die Erscheinungen einer leichten Appendicitis gemacht haben. Durch den Fall perforierte die Nadel den Darm, geriet in den Psoas und blieb in ihm stecken.

Haeckel (Seettin).

42) Keetley. Appendicostomy.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Bisherige Anzeigen für die Appendicostomie waren Colitis mucosa, Amöbendysenterie, chronische Verstopfung, Intussusceptio ileo-coecalis, Colitis ulcerosa luetica. Durch einen gerade noch für zwei Finger durchgängigen Einschnitt wird der Wurmfortsatz mit Finger und Zange hervorgeholt, von Verwachsungen befreit und an seiner Basis ans Bauchfell angenäht. Am nächsten Tage Eröffnung durch Abtragung mit der Schere. Von neun so Operierten starb keiner, sieben wurden sehr günstig beeinflußt durch Spülungen und Anwendung von Medikamenten von der Darmöffnung aus. K. selbst berichtet über einen Fall von schwerer Verstopfung bei einem 15jährigen Mädchen, das sich seit der Operation täglich selbst mit Hilfe eines weichen Katheters von der Fistel aus mit vollem Erfolg ihren Dickdarm spült, und ferner über ein 2jähriges Kind mit akuter Intussusception, ebenfalls erfolgreich operiert. **Weber** (Dresden).

43) M. Baradulin. Über einen Fall von kryptogenem Abszeß der Bursa omentalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 309.)

Nicht uninteressanter, aber unaufgeklärter Fall, in der Moskauer Universitätsklinik beobachtet. Der 52jährige Pat. war früher Trinker und hatte verschiedene Vorkrankheiten durchgemacht. Jetzt war er vor etwa 3 Wochen nach einer übermäßigen Hammelfleischmahlzeit mit Magenschmerzen, Atemnot und Erbrechen erkrankt; Stuhl zwischen Verstopfung und Durchfall wechselnd, Fieber. In der empfindlichen linken Unterleibshälfte im linken Hypochondrium eine halbfaustgroße Geschwulst, sehr druckempfindlich. Bei einem auf sie gemachten Einschnitte zeigt sie sich retroperitoneal, mit dem vorderen Parietalperitoneum teilweise verwachsen. Nachdem mittels Jodoformgaze binnen einiger Tage die Adhäsionsbildung vervollständigt, wird probepunktiert und Eiter gefunden. Ein Schnitt entleert 3 Liter flüssigen, Reinkultur von Streptokokken enthaltenden Eiter. Ausspülung der Höhle und Drainage. Trotz der Operation hielt das Erbrechen an, Pat. verfiel und starb an Herzschwäche 1 Monat später. Die Sektion zeigte, daß der entleerte Abszeß im Winslow'schen Sacke gelegen hatte. Seine peritonealen Wände waren in brandigem Zustande, ebenso die beteiligten Dickdarmabschnitte hinsichts Serosa-Muscularis, während die Schleimhaut normal war. Auch das Pankreas ist, soweit

es in die Höhle ragt, oberflächlich brandig — doch machen alle diese Nekrosen den Eindruck, als wären sie nur sekundär entstanden. Deshalb und, weil auch am Magen nichts Abnormes zu finden, sowie weil ein Trauma auch nicht vorangegangen war, ist der Abszeß als »kryptogen« zu bezeichnen. Er mag durch Entzündung einer »transperitonealen« Drüse und des »transperitonealen« Zellgewebes entstanden sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) **Hamdi.** Der Magen als Inhalt einer rechtsseitigen Zwerchfellhernie mit sekundärer Ausstülpung nach der Bauchhöhle zu, eine rechtsseitige Pyonephrose vortäuschend.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 313.)

Ein anatomisches Kuriosum. Es handelte sich um einen 50jährigen Türken, der wegen Blasenstein im Krankenhause Gülhane in Konstantinopel von Wieting operiert ist. Der heruntergekommene Mann zeigte außerdem eine kindskopfgroße Geschwulst der rechten Prälumbalgegend, anscheinend fluktuierend, übrigens manchmal, ohne daß sich der Urinbefund änderte, fast ganz verschwindend, als Pyo- bzw. Hydronephrose vermutungsweise gedeutet. Pat. überlebte die Operation nicht lange. Die Sektion ergab den im Titel gekennzeichneten überraschenden Befund, der im Originale detailliert beschrieben und durch eine Skizze verdeutlicht ist. Der größte Teil des Magens liegt in dem Zwerchfellbruchsacke, der sich sowohl nach der Pleura- als der Bauchhöhle stark vorwölbt, und dessen Bruchpforte vor der Vena cava inf. lag. Der ausgedehnt mit dem Bruchsacke verwachsene Magen zeigt etliche runde Geschwüre und als Inhalt, um die Überraschung noch größer zu machen, einen fast hühnereigroßen weißlichen Stein mit kristallinischer Oberfläche. Derselbe bestand, wie sich herausstellte, aus Salol, das Pat. der Cystitis wegen genommen hatte und das in dem Magenbruch liegen geblieben war. Da eine traumatische Entstehung der Hernie ausschließbar war, ist anzunehmen, daß die Bruchbildung auf eine angeborene oder langsam erworbene Resistenzverminderung im hinteren Teile des Centrum tendineum des Zwerchfelles zurückzuführen ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

45) **Dennig.** Über kontinuierlichen Magensaftfluß.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Nov. 4.)

D. berichtet über einen Fall von kontinuierlichem Magensaftfluß bei einer 38jährigen Frau, welcher mit Gastrektasie und Gastroptose kompliziert war. Regelung der Diät und Magenspülungen brachten die Beschwerden rasch zum Rückgange. Wegen der Erweiterung und Senkung des Magens wurde sodann die Gastroenterostomie vorgenommen; hierbei zeigte sich, daß die Magenwände sehr dünn waren, und man fühlte sowohl am Pylorus als auch an anderen Stellen ausgedehnte Narben. Bei einer 3 Monate nach der Operation vorgenommenen Untersuchung erwies sich der Magen in nüchternem Zustande völlig leer, die Gastroptose war wesentlich zurückgegangen, das Körpergewicht hatte um 24 Pfund zugenommen, die Pat. konnte alles essen, ohne Beschwerden zu haben,

Mohr (Bielefeld).

46) **N. Neild.** Two cases of spasm with hypertrophy of the pylorus in infants, cured with opium.

(Lancet 1905. November 28.)

Die »angeborene« Pylorushypertrophie ist nach Verf. häufig das Resultat aufeinander folgender Krämpfe des Pylorus, und N. führt zwei Fälle an, wo bei ganz jungen Kindern nach jeder Nahrungsaufnahme typische Magensteifung und Erbrechen auftraten. Jedesmal konnte hierbei der Pylorus deutlich durch die Bauchdecken getastet werden. Verf. wandte als Antispasmodikum (wie vor ihm bereits Heubner) die Tinctura Opii 0,0015 in wäßriger Lösung 20 Minuten vor der Fütterung des Kindes, und zwar mit bestem Erfolg, an. Der Verlauf war in beiden Fällen derselbe, das Erbrechen verlor sich in kurzer Zeit völlig, und das

Allgemeinbefinden der außerordentlich heruntergekommenen Kinder hob sich zusehends.

Verf. will vor einer operativen Behandlung der »angeborenen Pylorushypertrophie« stets einen Versuch mit einer solchen Opiumkur gemacht wissen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

47) **Monprofit** (Angers). Etude statistique sur deux cent quarante et une gastro-entérostomies.

(Arch. prov. de chir. 1905. Nr. 11.)

M. hat 119mal wegen Neubildungen, 122mal wegen gutartiger Magenaffektionen die Gastroenterostomie gemacht! Bei ersteren berechnet er 16,6% Mortalität (für die letzten 50 Fälle nur 12%), bei den letzteren 5,7% (für die letzten 50 Fälle nur 4%). Die Todesursache war bei den Neubildungen 10mal Kachexie und Chok, 8mal Lungen-, 2mal Herzkomplikationen. Als Todesursache bei den gutartigen Affektionen nennt M. 3mal Lungen- je 1mal Herzleiden, Ruptur eines Aneurysmas, Inanition, Magenblutung, Darmblutung, Duodenalgeschwür.

Er machte 24mal die vordere Gastroenterostomie nach Wölfler, 74mal die hintere nach v. Hacker, 98mal die hintere nach Roux (en Y), 45mal die vordere en Y.

Bei einem Teile der Fälle, die in Tabellenform angeführt sind, erstreckt sich die Beobachtung über mehrere Jahre. **Stolper** (Göttingen).

48) **Hofmeister.** Über die operative Behandlung des mechanischen Darmverschlusses.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Oktober 21.)

H. weist an seinem 22 Fälle von vollständigem inneren Darmverschluß umfassenden Materiale nach, daß jeder Fall von Ileus von vornherein als ein chirurgischer aufgefaßt werden soll. Die Zahl der Todesfälle betrug 5. Die wichtigsten Züge aus den einzelnen Krankengeschichten werden in Tabellenform zusammengestellt. Von den 13 in den ersten 3 Tagen Operierten starb keiner, von 6 am 4.—6. Tage Operierten 2, die 3 später Operierten starben alle. Art des Verschlusses: Bruchartige innere Einklemmungen (4), Verschluß durch Knickungen und Verklebungen (6), Knickung und Kompression durch Stränge (2), je 1mal multiple Knickungen und Narbenstenosen durch alte Einschnürungen, gangränöse Invaginatio colica, Carcinoma coli pelvini, Kombination von Verwachsung, Achsendrehung und Kompression. Die Stränge und Verwachsungen waren meist Überbleibsel alter peritonitischer Prozesse (6), 4mal waren sie durch frische Peritonitis bedingt. Am häufigsten war der Sitz des Hindernisses im Ileum. Aus den Heilungsresultaten ergibt sich klar, daß nicht der Ileus an sich, sondern der verschleppte Ileus eine verzweifelte Prognose hat. Beim Strangulationsileus liegt die einzige Rettung in der Beseitigung der Strangulation; bei den anderen Formen des Darmverschlusses ist das ideale Ziel ebenfalls die Behebung des Hindernisses, die momentane Lebensgefahr kann aber auch im Notfalle beschworen werden durch die Entlastung des zuführenden Darmteiles mittels der Enterostomie; sie ist in der Mehrzahl der Fälle jedoch nur ein Notbehelf, dem, sobald der geschädigte Darm sich genügend erholt hat, die Laparotomie zur Beseitigung des Hindernisses folgen muß. In Fällen, wo der Darmverschluß mehrere Tage bestand, wo sich also bereits eine starke Überfüllung des zuführenden Darmes mit ihren Folgeerscheinungen entwickelt hatte, genügt die einfache Beseitigung des Hindernisses zur Rettung des Lebens nicht. H. bevorzugt in solchen Fällen die prophylaktische Anlegung einer Darmfistel; unter seinem Materiale führte die primäre Beseitigung des Hindernisses durch Laparotomie für sich allein 4mal zum Ziele; 7mal wurde sie erfolgreich mit der prophylaktischen Enterostomie kombiniert, bei 6 Geheilten kam die primäre Enterostomie allein zur Anwendung, 4mal mußte die Behebung des Hindernisses durch Sekundäroperation nachfolgen. Um den Nachteilen der gewöhnlichen Enterostomie vorzubeugen, hat H. schon seit Jahren die Witzel'sche Einnähung eines



dünnen Schlauches in den Darm in etwas abgeänderter Form auf die Enterostomie bei Ileus übertragen. Neuerdings näht er anstatt des Schlauches eine in das Schlauchende eingebundene Metallkanüle in den Darm ein. Das Verfahren gewährt gleichzeitig die Möglichkeit, durch den Schlauch Nahrungsmittel oder Medikamente einzuführen.

Bemerkenswert ist folgender Fall:

Im siebenden Schwangerschaftsmonate Schmerzen, Ileus — wahrscheinlich durch Verschluß der Flexura sigmoidea —; Operation 40 Stunden nach Beginn; obere Hälfte der Flexur mit der Hinterfläche der Gebärmutter und des linken Lig. latum fest verwachsen; der wachsende Uterus hatte diesen Darmschenkel nach oben mitgenommen und schließlich an seiner Anheftungsstelle, dicht oberhalb des Beckeneinganges, scharf geknickt; außerdem war dieser Anfangsteil des S romanum über den absteigenden Schenkel nach rechts hinweggezogen und dadurch ein Volvulus von 180° entstanden. Ablösung des Darmes, Beseitigung des Volvulus, prophylaktische Enterostomie an einer Dünndarmschlinge, konservativer Kaiserschnitt, da Uterus und Därme in der Bauchhöhle keinen Platz mehr fanden und ein Abort sicher zu erwarten war. Das Kind starb nach kurzer Zeit, Mutter geheilt.

Mohr (Bielefeld).

49) **Gourévitch.** Zur Kasuistik der Hirschsprung'schen Krankheit.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 47 u. 48.)

Bei einem $1^1/_4$jährigen Knaben, der seit Geburt an hartnäckiger Stuhlverstopfung und hochgradiger Auftreibung des Leibes litt, fand sich starke Erweiterung und muskuläre Hypertrophie des Dick-, Blind- und untersten Dünndarmes; eine Stenose war nirgends vorhanden. Bemerkenswert war, daß die Flexura sigmoidea (ebenso wie der Mastdarm) nur wenig ausgedehnt und in ihrer Wand fast nicht verdickt war; nur fiel das Mesosigmoideum durch seine beträchtliche Länge — in der Mitte der Flexur 8 cm — auf. Geschwürige Veränderungen an der Schleimhaut des erweiterten Darmgebietes fehlten. **Gutzeit** (Neidenburg).

50) **Milne.** Colloid carcinoma at twelve years of age.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 14.)

Bericht über einen Fall von Kolloidkarzinom des Mastdarmes bei einem 12jährigen Knaben, der nach 1tägigem Kranksein unter ileusartigen Erscheinungen zugrunde ging. **Weber** (Dresden).

51) **P. Goullioud** et **G. Faysse.** De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 6 u. 7.)

Verff. sind in der glücklichen Lage über acht Eingriffe dieser Art mit nur einem Todesfalle zu berichten; die sieben glücklich Operierten sind weiblichen, der tödlich ausgegangene männlichen Geschlechts. Dies gibt Veranlassung, nach dem Grunde zu fragen, welcher die nicht zu bestreitende Tatsache, daß die nach Quénu benannte abdominoperineale Exstirpation des Mastdarmes bei den Männern 66 bis 80%, bei den Weibern 6—8% Sterblichkeit ergibt, erklären könne. Zunächst muß auf eine befriedigende Antwort noch verzichtet werden, obgleich zugegeben ist, daß die Methode technisch leichter ist beim Weibe; das engere Becken des Mannes erschwert die Unterbindung der Art. hypogastr., die häufig bestehende frühzeitige Verwachsung mit Blase und Prostata die Ablösung des Mastdarmes ohne Nebenverletzung; im vorliegenden Fall erfolgte der Tod an Ileus (Verwachsung und Knickung hochgelegener Darmschlinge). Aus diesem Grund empfehlen Verff. die Peritonisation des Beckens, wo immer sie möglich ist, was sie bisher noch nicht systematisch getan. Schwere und Dauer der Operation, grundsätzlicher Verzicht auf schlußsicheren After an natürlicher Stelle werden nach Ansicht der Verff. völlig aufgewogen durch die Vorteile der Asepsis in der Technik der Methode, die Möglichkeit, die höchstsitzenden Mastdarmkrebse weit hinauf mit allen zugehörigen Lymphdrüsen entfernen zu können und die zuversichtlich zu erwartenden Dauer-

resultate. Bisher blieben ein Fall 5, je einer 4, 3¼, 3 Jahre, 26 Monate usw. rezidivfrei. Den ausführlichen Krankengeschichten sind sieben Abbildungen der entfernten Darmabschnitte beigegeben. **Christel** (Metz).

52) **H. A. Thaler.** Atypische Verhältnisse in der Steißgegend menschlicher Föten und eines Neugeborenen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 112.)

T. studierte an menschlichen Föten mittels mikrotomischer Schnitte das Verhalten der Steißdrüse, bei welcher Gelegenheit in der Steißgegend einige Anomalien gefunden sind, die für die Ätiologie gewisser Erkrankungen Interesse beanspruchen. I. Bei zwei Föten von 25,5 bzw. 39,5 cm Gesamtlänge fanden sich vor dem Steißbeine Knorpelinseln in Gestalt eines kleinen rundlichen im Bindegewebe eingebetteten Herdes. T. deutet diese Knorpelbildung als Rudimente einer ventralen Wirbelbogenbildung, wie sie bei verschiedenen Wirbeltieren normal vorkommt. II. Retroanale, in den Sphincter internus eindringende Epithelschläuche fanden sich ebenfalls bei dem Fötus von 25,5 cm Länge. Es handelt sich um tubulöse Gänge, teils mit Zylinder-, teils mit Plattenepithel ausgekleidet. Dergleichen drüsenähnliche Bildungen, auch von anderen Autoren hier und da beobachtet, sind für Erklärung angeborener Mastdarmfisteln von Bedeutung. III. Eine Plattenepithelcyste von 1,2 mm Durchmesser fand sich an der Vorderfläche des Steißbeines eines neugeborenen Mädchens. Der histologische Befund ist der wie bei einem Atherom, Anlage von Hautdrüsen und Haaren fehlten. Das Vorkommen eines solchen pathologischen Gebildes bereits am Ende des Fötallebens ist von Interesse. Zu seiner Entstehungserklärung sind die komplizierten Einstülpungs- und Verwachsungsprozesse am After heranzuziehen. Vier gute Abbildungen sowie ein Literaturverzeichnis von 26 Nummern sind der Arbeit beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

53) **Kablukoff.** Multiple Echinokokken der Bauchhöhle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

Verf. hat unter zahlreichen Fällen von Echinokokkuserkrankung relativ selten multiple Dissemination in der Bauchhöhle beobachtet. Er glaubt, daß die multiple Verbreitung vielfach durch die Punktion der Cysten zustande kommt. Unter sechs Fällen, die er publiziert, ist der eine durch eine von anderer Seite vorgenommene Probeinzision einer Cyste entstanden, im zweiten Falle wahrscheinlich durch die Ruptur einer Cyste, deren Lokalisation bei der Operation nicht festgestellt werden konnte. Sämtliche Fälle zeigten einen schweren Verlauf. Es starben vier Kranke.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

54) **Wheeler.** The Talma-Morison operation, with a report of a successful case.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Verf. berichtet ausführlich über einen Fall von schwerem, hartnäckig rezidivierendem Ascites, dessen Ursache wahrscheinlich eine hypertrophische Lebercirrhose war — Lues und Neubildung waren ausgeschlossen —, und den er durch die Talma'sche Operation dauernd und völlig heilte. Die Oberfläche der Leber und des sie bedeckenden Zwerchfellteiles wurden sanft abgerieben, das Netz zu beiden Seiten des Bauchschnittes in großer Ausdehnung zwischen Muskulatur und Peritoneum eingepflanzt und hier befestigt. Der völlige Abschluß der Bauchwunde war demgemäß erschwert. 6 Wochen nach der Operation wurden noch einmal 2 Liter Ascites durch Punktion abgelassen, von da ab sammelte sich nichts mehr an. Nach 13 Monaten vorzüglicher Gesundheitszustand außer Bauchhernie.

Auf Grund seiner Fälle und von Literaturstudien stellt W. folgende Indikationen für die Talma'sche Operation auf: Ascites bei atrophischer Lebercirrhose mit nicht zu starkem Schwunde von Leberparenchym; der Ascites darf erst kurze Zeit bestanden haben; die besten Aussichten bietet die hypertrophische Lebercirrhose. — Viele von den Berichten über ungünstige Ergebnisse der Operation

sind nach W.'s Meinung zurückzuführen auf die Ausführung des Eingriffes in Fällen, wo er im Grunde genommen kontraindiziert ist: 1) vorgeschrittene Leberatrophie, 2) Gelbsucht, Nieren- und Herzstörungen; 3) zu lange Dauer des Ascites und Schwächezustand; 4) Fälle von Ascites, der nicht abhängig ist von cirrhotischer Leber. **W. Weber** (Dresden).

55) **Mazzoni.** Amputazione del lobo sinistro del fegato per tumore.
(Bull. della R. Accad. med. di Roma 1904. Bd. XXX.)

Es handelt sich in diesem Falle um ein Endotheliom des linken Leberlappens, welches durch Druck auf den Magen schwere klinische Symptome machte. Die Operation war dadurch schwierig, daß die Geschwulst mit dem Centrum tendineum verwachsen war und ein Zug an demselben Herzstörungen hervorrief. Es gelang, die Verwachsung abzuklemmen, später zu nähen und so die Geschwulst extraperitoneal zu lagern. Eine exakte Blutstillung bei der Amputation des linken Leberlappens erzielte M. dadurch, daß er den Stiel zwischen zwei zylindrische Metallstangen lagerte, welche er mittels vier durch die Lebersubstanz hindurchgeführter Seidennähte straff befestigte. Verschorfung der Wundfläche mit dem Paquelin nach Abtragung der Geschwulst und extraperitoneale Versorgung des Stumpfes. Nähte und Metallstangen wurden am 13. Tage entfernt. Die Rekonvaleszenz war durch eine Pneumonie gestört, dann Heilung und guter Erfolg der Operation.
A. Most (Breslau).

56) **F. Fink.** Beseitigung von Gallensteinerscheinungen durch Choledochusspülung.
(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 49.)

Bei einer an regulärer Cholelithiasis leidenden Frau entstand infolge Typhus ein infektiöser Katarrh der Gallenblase und -gänge, der durch die Exstirpation der Gallenblase nur vorübergehend gebessert wurde. Erst mehrmalige Spülungen des Choledochus und Hepathicus brachten dauernde Heilung.
Gutzeit (Neidenburg).

57) **Wieder.** Intrahepatic gall-bladder.
(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Oktober.)

W. teilt einen Fall einer auch für den Chirurgen wichtigen Lageanomalie der Gallenblase, der intrahepatischen Lage mit. Die im übrigen normale Leber des 14 Tage alten Kindes zeigte an der Vorderfläche des rechten Lappens, etwas oberhalb des freien Randes und etwas nach links von der der Gallenblase normalerweise entsprechenden Fissur, einen runden, cystischen, grünlichen Vorsprung; er entsprach dem Grunde der Gallenblase, welcher ganz von Lebersubstanz umhüllt war, während der übrige Teil der Gallenblase nur tief in die Leber eingebettet, jedoch nicht völlig von ihr umschlossen war. Man findet diese Lageanomalie in seltenen Fällen, auch bei Erwachsenen, so in den Fällen O'Day's und Lemon's gelegentlich einer Gallensteinoperation. Die intrahepatisch gelegene Gallenblase mit ihren rigiden Wandungen und ihrer mangelhaften Zusammenziehbarkeit begünstigt zweifellos die Entstehung von Gallensteinen. Die Anomalie ist vermutlich stets angeboren. **Mohr** (Bielefeld).

Berichtigung. In meinem in Nr. 1 d. Bl. l. J. unter dem Titel: »*Tendinitis achillea arthritica*« erschienenen Artikel dürfte das Wort *arthritica* durch *uratica* ersetzt werden, da das letztere besser das Wesen der Krankheit wiedergibt. Auf p. 3 Z. 9 v. o. lies »*Albert*« statt *Albrecht*.

Lemberg, 5. Januar 1906. Dr. R. v. Barącz.

P. 1429 (Jahrg. 1905) Z. 6 v. u. lies »*Harnblase*« statt *Harnröhre*.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 4. **Sonnabend, den 27. Januar.** **1906.**

Inhalt: J. Borelius, Über primäre Naht ohne Drainage bei Frühoperationen der akuten Blinddarmentzündung. (Original-Mitteilung.)

1) **Norris,** Skopolamin-Morphiumanästhesie. — 2) **Sikemeier,** Adrenalin- und Kokain-Adrenalinanästhesie. — 3) **Luckett** und **Horn,** Paraffin in der Chirurgie. — 4) **Klęsk,** Die Hirnrinde. — 5) **Hildebrand** und **Hess,** Röntgenbild bei Basisgeschwulst. — 6) **Duret,** Die Hirngeschwülste. — 7) **Strubell,** Kieferhöhleneiterung. — 8) **Alessandri,** Narbige Kieferklemme. — 9) **Berg,** Torticollis spasticus. — 10) **Guffey,** Spondylitis deformans. — 11) **Klapp,** Skoliotische Versteifungen. — 12) **Kocher,** Jodausscheidung bei Kropfbehandlung. — 13) **Tiegel,** Operationen in der Bauchhöhle. — 14) **Ritter,** Lymphdrüsen bei Brustkrebs.

15) Mt. Sinai Hospitalsbericht. — 16) **Walko,** Lokale Alkoholtherapie. — 17) **Enz,** Skalpierung. — 18) **Gussew,** Schädelsarkom. — 19) **Antoniu,** Echinokokken der Schädelknochen. — 20) **Borchardt,** Geschwülste des Kleinhirn-Brückenwinkels. — 21) **Sores,** Trepanation nach geheilten Schädelverletzungen. — 22) **Lannois,** 23) **af Forselles,** 24) **Taptas,** 25) und 26) **Klug,** 27) **Botey,** Otologisches. — 28) **Iwanow,** Radikaloperation der Stirnhöhle. — 29) **Cauzard,** Geschwulst des Sinus maxillaris. — 30) **Stieren,** Zahnhaltige Conjunctivalcyste. — 31) **Elter** und **Haas,** Lidplastik. — 32) **Vignard** und **Mouriquand,** Peritheliom der Backe. — 33) **Springer,** Noma. — 34) **Berry,** Gaumenspalte. — 35) **v. Saar,** Cystadenom der Parotis. — 36) **Custodis,** Nasenrachengeschwülste. — 37) **Dunn,** Aneurysma der A. innominata. — 38) **Wilkinson,** Thrombose der A. subclav. — 39) **Caubet,** Schilddrüsencyste. — 40) **Broca,** Angeborene Schildknorpel-Zungenbeincyste. — 41) **Gautier** und **Kummer,** Schilddrüseneinpflanzung. — 42) **Bosse,** Speiseröhrenkrebs. — 43) **Kijewski,** Stich- und Schußwunden der Lunge. — 44) **Klauber,** Molluscum contagiosum als Geschwulst des Warzenhofes. — 45) **Levin,** Ruderapparat.

Über primäre Naht ohne Drainage bei Frühoperationen der akuten Blinddarmentzündung.

Von

Prof. **J. Borelius** in Lund (Schweden).

Bei einem Vergleiche zwischen Blinddarmoperation im akuten Stadium und im Intervall wird im allgemeinen behauptet, daß die Intervalloperation neben anderen Vorteilen auch denjenigen hätte, daß die Bauchwunde exakt genäht und ohne Drainage geschlossen werden könnte, was bei der Operation im akuten Stadium nie der Fall wäre. Die Operation im akuten Stadium hätte dadurch eine längere

Heilungsdauer und gebe immer die Gefahr einer gewissen Nachgiebigkeit der Bauchnarbe, resp. die Gefahr einer wahren Bauchhernie. Für die Frühoperation der akuten Appendicitis ist dies aber nicht stichhaltig. Bei der Frühoperation kann nämlich in vielen Fällen die Bauchwunde nicht nur genau so angelegt, sondern auch ebenso exakt genäht und ohne jede Drainage geschlossen werden wie bei der Intervalloperation.

Dieses ist wahrscheinlich für die meisten Frühoperateure gar nichts Neues; ich will es jedoch mit einigen Fällen aus eigener Erfahrung bestätigen und brauche dafür nur die betreffende Statistik der chirurgischen Universitätsklinik zu Lund für das Jahr 1905 anzuführen. Vor 1905 wurde seltener frühoperiert und beim Operieren im akuten Stadium immer drainiert.

Es wurden im Jahre 1905 im ganzen 123 Fälle von Blinddarmentzündung in die Klinik aufgenommen. Davon wurden 108 Fälle operiert, 15 Fälle nicht operiert. Von den 108 operierten Fällen wurden 59 im akuten Stadium, 49 im chronischen oder sogenanntem Intervallstadium operiert; im ganzen sind 4 gestorben, alle im akuten Stadium operiert.

Die Zeit für die Operation, vom Einsetzen der Krankheit aus berechnet, oder — was für die Mehrzahl der Fälle dasselbe ist — die Zeit für die Einlieferung in die Klinik vom Einsetzen der Krankheit, verhält sich betreffs der 59 im akuten Stadium operierten Fälle folgendermaßen.

Es wurden operiert:

am 1.,	2.,	3.,	4.,	5.,	6.,	7.,	8.,	10.,	11. Tage,	4. Woche
9	22[1]	9[1]	4	4	4[1]	1	2	1	2	1[1].

In 43 Fällen ist die Bauchwunde in der einen oder anderen Weise drainiert worden, in 16 Fällen wurde die Wunde ohne jede Drainage mit Etagennaht exakt geschlossen. Diese 16 Fälle sind alle frühoperiert, und zwar die allermeisten am 1. oder 2. Krankheitstage, nämlich:

am 1.,	2.,	3. Tage
5	9	2.

Die Heilung der Wunde verlief in allen 16 Fällen reaktionslos per primam; nur in einem Falle fand eine oberflächliche Stichkanaleiterung statt. Am 18. Tage, als Pat. aus der Klinik entlassen wurde, war die Wunde vollständig trocken und geheilt.

Die Heilungsdauer dieser 16 primär genähten Fälle, nach dem Aufenthalt in der Klinik berechnet, betrug im Durchschnitt 17,12 Tage, also ungefähr dieselbe wie die für die Intervalloperierten gewöhnliche.

Die Heilungsdauer der drainierten Fälle betrug im Durchschnitt 38,16 Tage, wobei noch zu bemerken ist, daß der Aufenthalt in der

[1] 1 gestorben.

Klinik für die verschiedenen Fälle sehr verschieden ist, und zwar in einigen leichten und frühoperierten Fällen, wo nur für einige wenige Tage ein Gummidrain oder ein kleiner Tampon eingeführt und die Wunde im übrigen genäht wurde, so ziemlich kurz.

Wenn man die Heilungsdauer, statt sie für alle drainierten Fälle zu berechnen, nur für die 16 günstigsten Fälle berechnet, so wird freilich der Unterschied zwischen den genähten und den drainierten Fällen nicht so groß, sondern beträgt die Heilungsdauer für 16 drainierte Fälle 23,5 Tage.

In welchen Fällen darf man denn bei der Frühoperation primär nähen und in welchen Fällen muß man drainieren?

Je früher man operieren kann, um so öfter kann man nähen. Doch hängt die Frage natürlich nicht einfach davon ab, ob man am 1. oder 2. oder gar 3. Tage operiert, sondern auch von der Art des Falles, und zwar vom Aussehen des Wurmfortsatzes und vom Verhalten des Peritoneums in der Umgebung. Wenn der Wurmfortsatz noch nicht perforiert ist und ohne zu perforieren herausgenommen werden kann, dann kann im allgemeinen genäht werden, auch wenn der Wurmfortsatz gangränös aussieht und sich eine frische Exsudation in der Bauchhöhle findet. Unter meinen 16 Fällen war der Wurmfortsatz in 8 Fällen gangränös, in den übrigen 8 Fällen bestand nur katarrhalische Veränderung desselben. Wenn das Exsudat in der Bauchhöhle serofibrinös und nicht zu reichlich ist, kann oft ohne Bedenken genäht werden; ist das Exsudat eitrig oder jauchig, muß unbedingt drainiert oder tamponiert werden.

Dem erfahrenen Appendicitisoperateur wird es im vorliegenden Falle nicht besonders schwierig sein zu beurteilen, ob genäht werden kann oder drainiert werden muß; dem unerfahrenen möchte ich raten, lieber zu drainieren.

Der Bauchschnitt wird klein und schonend angelegt, ungefähr so, wie es Herr Dr. Johannes Hahn beschreibt (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 46), aber bei schwierigen Fällen nach Bedürfnis nachher vergrößert. Nach dem Wurmfortsatz wird, auch bei einer Operation im sogenannten Intermediärstadium, energisch gesucht und derselbe immer, wenn irgend möglich, fortgenommen.

---

1) **Norris.** Scopolamine-morphine anaesthesia.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Oktober.)

N. berichtet über 10 Fälle von Skopolamin-Morphiumnarkose nach der Technik Terrier's. Auffallend ist die äußerst verschieden starke Reaktion der Pat. bei gleicher Dosis und Technik. Daher sollte die Dosis ja nach Lage des Falles wechseln; sind die Pupillen kontrahiert, so muß mehr Skopolamin, sind sie erweitert, mehr Morphium gegeben werden. Nach der ersten Injektion (4 Stunden vor der Operation) tritt vorübergehende Exzitation und nach $^1/_4$ Stunde Schlaf ein. Nach der zweiten (2 Stunden vor der Operation) wird

der Schlaf tiefer, nach der dritten (1 Stunde vor der Operation) sollte die Anästhesie vollständig sein; die Haut ist dann trocken und warm, das Gesicht gerötet, der Puls regelmäßig und voll, doch beschleunigt, die Atmung tief und ruhig, die Pupillen sind leicht erweitert; der Kranke kann durch Schütteln oder lautes Rufen leicht geweckt werden. Daher macht er auch beim Hautschnitt öfters Widerstandsbewegungen, obwohl die Analgesie vollständig ist. Einige Stunden nach der Operation erwacht Pat. wie aus gesundem Schlaf, ohne Nausea, Durst usw. Wird infolge Idiosynkrasie oder mangelhaften Präparats keine volle Analgesie hervorgerufen, so genügen sehr kleine Mengen Äthers oder Chloroforms. Der Nachteil der Methode liegt darin, daß keine vollständige Muskelerschlaffung eintritt, der Vorteil in der fast fehlenden Exzitation und im Fehlen der Narkosennachwehen. Die Billigkeit und Leichtigkeit der Anwendung würde das Verfahren auch besonders für die Kriegschirurgie geeignet machen. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) **Sikemeier.** Erfahrungen über Adrenalin- und Kokain-Adrenalinanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 2.)

Verf. bespricht zuerst die Wirkung des Adrenalin bei verschiedenartigen Erkrankungen. Günstige Erfahrungen hat man allgemein mit dem Mittel bei Magenblutungen gemacht, weniger einstimmig lautet das Lob für den Gebrauch bei Hämoptoe. In dem unteren Teile des Darmes, wo es lokal durch Klysma verabreicht werden kann, wirkt kein anderes Mittel besser. Man gibt hier bis zu 30 Tropfen auf eine kleine Wassermenge. Als Excitans für das Herz, als was das Adrenalin vielfach empfohlen wurde, ist es wohl nicht sehr geeignet, da es nur in großen unerlaubten Dosen und bei intravenöser Injektion, und auch dann nur auf kurze Zeit, die Herztätigkeit anspornt. Für eine Reihe plastischer gynäkologischer Operationen hält S. das Mittel für brauchbar zur prophylaktischen Blutstillung. Bei Uterusblutungen dürfte es ebenfalls, obschon noch keine großen Erfahrungen darüber vorliegen, wegen seiner direkten Wirkung auf die Uterusmuskulatur und wegen seiner vaso-konstringierenden Eigenschaften besonders im Wochenbette brauchbar sein.

In der Augenheilkunde wird Adrenalin hauptsächlich mit Erfolg bei entzündlichen Erkrankungen gebraucht; bei Operationen ist es wegen der Gefahr der Nachblutungen nicht einwandsfrei. In der Rhinologie ist dagegen die Zweckmäßigkeit des Medikamentes allgemein anerkannt.

Was nun die Verwendung des Adrenalin in der Chirurgie betrifft, und zwar im Verein mit Kokain, so hat Verf. eine Reihe von Tierversuchen gemacht zur Prüfung der Frage, ob das Adrenalin die Anästhesie verstärkt und die Giftigkeit des Kokain herabsetzt. Er fand hierbei, daß die Wirkung des Adrenalin eine nicht ganz konstante war, und daß hier und da die Anämie fast völlig ausblieb. In

zweiter Linie stellte er in der Tat eine Verzögerung der Kokainresorption bei gleichzeitiger, resp. vorheriger Injektion von Adrenalin fest, so daß die Kaninchen bei Anwendung toxischer Dosen im letzteren Falle viel später Konvulsionen bekamen als bei bloßer Kokaineinführung. Eine Verminderung der Giftwirkung des Kokain wurde aber durch Adrenalin nicht erzeugt. Verf. kann deshalb nur ernstlich davor warnen, im Vertrauen auf die die Giftwirkung herabsetzende Kraft des Adrenalin größere Dosen Kokain zu anästhesierenden Zwecken anzuwenden. Braun's und Dönitz's Versuche, welche das Gegenteil zu beweisen scheinen, hält S. für sehr anfechtbar und zum Teil für unzureichend. Ebenso hält er es für zweifelhaft und nicht sicher erwiesen, daß die Hinzufügung von Adrenalin die Wirkung von Kokain erhöht.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **W. H. Luckett** und **F. J. Horn** (New York). Paraffin in surgery. A critical and clinical study.

(Amer. journ. of surg. 1905. April bis November.)

Die sich durch acht Nummern des Journals hinziehende Arbeit ist eine gute Übersicht über Geschichte, Technik, Indikation usw. der Paraffininjektionen. Verff. erinnern daran, daß ihr Landsmann Corning schon 1891 die Einführung und nachherige Abkühlung von erstarrendem Öl in das subkutane Gewebe zur Obliteration von Blutgefäßen empfohlen hat. Die sich widersprechenden Angaben über das spätere Verhalten von Paraffin im Körper führen sie auf mangelnde Berücksichtigung der chemischen Eigenschaften verschiedener Paraffine, der Schmelzpunktverhältnisse, der Temperatur zur Zeit der Injektion usw. zurück. Sie glauben, daß Fettsubstanzen und Chloride, welch' letztere bei pathologischen Prozessen vermehrt werden, zur — unwillkommenen — Resorption des injizierten Paraffins beitragen. Durch eine große Anzahl Tierversuche wiesen Verff. nach, daß die Verteilung des Paraffins ein einfacher mechanischer, physikalischer Vorgang ist, der unmittelbar im Moment der Injektion eintritt, daß also die Ansicht (u. a. Hertel's) falsch sei, daß neugebildetes Bindegewebe in das Paraffin hineinwuchere. Je fester das Paraffin zur Zeit der Injektion ist, desto mehr neigt es dazu, sich zu einer zusammenhängenden Masse zusammenzuballen, und desto weniger verteilt es sich zwischen die Gewebe. Endlich hängt die Verteilung des Paraffins aus naheliegenden Gründen von der Art des Gewebes ab; je reicher an losem Bindegewebe dieses ist, desto besser. Es ist deshalb nicht für alle Gewebe Paraffin vom selben Schmelzpunkte anzuraten. Je fester das Gewebe, desto weicher sei im allgemeinen das zu injizierende Paraffin. Die technischen Details werden ausführlich dargestellt. Auf eine besondere Spritze verzichten Verff. Die üblen Zufälle werden aus der Literatur ausführlich referiert: Lungen-, Hirn-, Art. centr. retinal-Embolie, Thrombose der Vena ophthalm. Zur Vermeidung derselben wird als wesentlich hervorgehoben, niemals Paraffin von ge-

ringerem Schmelzpunkt als 110° F (45° C) zu nehmen. Verff. verfügen an geheilten Fällen über: 1 Inkontinenz des Sphincter vesicae, 14 Nabelbrüche, 6 eingezogene Narben, 33 Sattelnasen. Ein Leistenbruch, bei dem Paraffin mit anfänglich gutem Resultat injiziert war, rezidivierte sehr bald.

Goebel (Breslau).

---

4) **A. Klęsk.** Die Hirnrinde im Lichte der chirurgischen Forschung.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 29—31.)

Es ist eine hübsche experimentelle Arbeit aus der chirurgischen Klinik des Prof. Kader in Krakau. Als Ziel setzte sich Verf. die Beobachtung der Folgen des teilweisen Verlustes der Hirnrinde nach dem Herausschneiden und Zerstören desselben und den Vorgang der Regeneration der Zentren. Einem geschichtlichen Überblicke der einschlägigen Literatur folgt das Resultat der eigenen Tierexperimente an Tauben, Katzen, Hunden, Kaninchen und Schafen. Verf. fand, daß Lähmungen sehr oft erst nach einer geraumen Zeit der operativen Beseitigung der Hirnrinde folgten, und daß die Herstellung der Funktionen in verhältnissmäßig kurzer Zeit in 3—12 Wochen erfolgte. Zum Schluß gibt Verf. eine Zusammenstellung der Hirnchirurgie polnischer Operateure. Eine halbwegs gedrängte Wiedergabe des Inhaltes würde den Rahmen des Referates übersteigen.

Bogdanik (Krakau).

---

5) **H. Hildebrand** und **O. Hess.** Ein Röntgenbild der Sella turcica bei Basistumor. (Aus der Marburger med. Klinik.)

(Archiv für phys. Medizin und med. Technik Bd. I. Hft. 1.)

Kurze Besprechung eines Röntgenbildes der Sella turcica bei Basisgeschwulst. Ausführliche Publikation von seiten der Augenklinik wird in Aussicht gestellt. Die Möglichkeit eines Vergleiches der sehr guten Photographien mit den beigegebenen Skizzen wird leider dadurch erschwert, daß letztere umgekehrt dargestellt sind.

Renner (Dresden).

---

6) **H. Duret.** Les tumeurs de l'encéphale. Manifestations et chirurgie. 835 S. mit 297 Figuren.

Paris, **Felix Alcan,** 1905.

Das Werk soll nach des Verf.s eigenen Worten eine Lücke in der französischen Literatur ausfüllen, da zusammenfassende Werke über die Hirngeschwülste fehlen, wie sie z. B. Deutschland in den Büchern von Bruns, v. Bergmann und Oppenheim, Amerika in der Arbeit von Allen Starr besitzt. Es ist eine großartige, mit außerordentlichem Fleiße zusammengetragene Kompilation, zu der der Bericht des Verf.s über Hirngeschwülste auf dem französischen Chirurgenkongreß des Jahres 1903 Veranlassung gab. Die beigegebenen Tabellen berichten über 400 Fälle.

Der größere Teil der Arbeit (591 Seiten) ist der Symptomatologie und Diagnostik usw. gewidmet und interessiert den Neurologen mehr, als den Chirurgen. Die pathologische Anatomie kommt wenig zu ihrem Rechte, dagegen ist die Geschichte überall weitgehend berücksichtigt. Ein allgemeiner Teil befaßt sich zunächst mit den Allgemeinsymptomen und der allgemeinen Semiologie, ein zweiter mit den Herdsymptomen, ein dritter mit der spezielleren Diagnostik. Es ist natürlich, daß dabei mannigfache Wiederholungen nötig sind, die aber nur zum Verständnis der schwierigen Probleme beitragen, wie wir das so oft in angenehmster Weise in den französischen Büchern finden, ich erinnere nur an Fournier. Auch die Röntgenographie und Röntgenoskopie sind, wenn auch nur kurz, berücksichtigt.

Im kleineren, speziell chirurgischen Teile der Arbeit wird nach einem geschichtlichen Abschnitt die Indikation, die palliative und radikale Kraniotomie und in breiter Ausführlichkeit das operative Vorgehen behandelt. Verf. beschreibt nach Versuchen am Kadaver ausführlich seine Methoden der Lappenbildung, die durch leider wenig übersichtliche Figuren erläutert werden. Im allgemeinen dürfte eine kritische Würdigung der Methoden erwünscht gewesen sein. Die Heteroplastik nach Schädeldefekten wird nur beiläufig erwähnt. Die Vorzüglichkeit der Sudeck'schen Fraise scheint D. nicht eingeleuchtet zu haben. Es wird im allgemeinen die Methodik der französischen Schule (Doyen usw.) gelehrt. Wundern muß es auch, daß D. nicht näher auf die Vorteile der Benutzung elektrischer Kraft eingeht, da dieselbe nicht jedem Chirurgen zugängig sei.

Nach der Statistik des Verf.s (400 Fälle) unterlagen 19,5% der Kranken der Operation. Einen wirklichen Vorteil von ihr hatten 73,25%: Verschwinden der Kopfschmerzen, des Schwindels, des Stupor, Besserung der Krämpfe und Lähmungen. 60% erlangten vollständig, 18% partiell das Augenlicht wieder. 134 von 400 Kranken ist nachweislich das Leben verlängert, öfter auf mehrere Monate; eine Anzahl ist geheilt. In fast der Hälfte der Fälle handelte es sich um Sarkome und Gliome, und »für diese Art Geschwülste sind die Operationsresultate an anderen Körperstellen nicht besser«.

Bei 244 Operationen handelte es sich um Erkrankungen der motorischen Region, bei 54 um das Stirnhirn, bei 43 um die Parietal-, Occipital- und Temporo-Sphenoidallappen, bei 59 um das Kleinhirn.

Eine Riesenarbeit steckt in dem Werk, das ein Handbuch par excellence darstellt. Die auswärtige, speziell die deutsche Literatur, hätte allerdings wohl ausführlicher berücksichtigt werden können. Verf. scheint sich wesentlich an die oben erwähnten größeren Werke gehalten zu haben, die aber bekanntlich nicht mehr ganz neu sind. Einige Figuren könnten übersichtlicher sein. Bei einer Neuauflage könnte den Illustrationen überhaupt größere Sorgfalt gewidmet werden. Es dürfte das allerdings deshalb schwer sein, weil nur verschwindend wenig Originalabbildungen gebracht werden.

Diese Ausstellungen sollen aber das bewundernswerte Werk nicht

herabsetzen, das für jeden Neurologen und Chirurgen eine Fundgrube bildet von dem, was bisher in dem schwierigen Gebiet der Hirngeschwülste gearbeitet und erreicht und — zu erstreben ist.

Goebel (Breslau).

---

7) **A. Strubell** (Dresden). Über Pathologie und Therapie der Kieferhöhleneiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

Verf. hält für die sicherste diagnostische Maßnahme bei Verdacht auf Kieferhöhleneiterung die Ausspülung der Höhle nach sorgfältiger Entfernung jeden Sekretes aus der Nase und bedient sich hierzu der Probepunktion mit der geraden Lichtwitz'schen Kanüle vom unteren Nasengang aus, da er die mit einer krummen Hohlnadel in der Pars membranacea des mittleren Nasenganges wegen der Möglichkeit des Eindringens in die Orbita (bei der nicht seltenen Verschmelzung der lateralen Nasen- und unteren Orbitalwand) für nicht ungefährlich hält. Allerdings kann es vorkommen, daß man bei der Probepunktion vom unteren Nasengange die zuweilen dicht aneinanderliegende nasale und faciale Kieferhöhlenwand durchbohrt, so daß beim Ausspülen die Flüssigkeit in das Zellgewebe der Fossa canina unter die Backe gelangt; man muß sich deshalb vorher davon überzeugen, ob ein steiler Gaumen, hoher Processus alveolaris und starkes Eingesunkensein der facialen Wand vorhanden sind, und in solchem Falle weiter nach hinten punktieren. Für die Behandlung verwirft S. jede radikale Methode, bei der eine dauernde Kommunikation zwischen Kiefer- und Mundhöhle bestehen bleibt. Bei gesunden Zähnen und da, wo die Cowper'sche Operation wegen der vorher erwähnten anatomischen Verhältnisse (steiler Gaumen, hoher Proc. alveol. usw.) nicht ausführbar ist, bedient er sich der endonasalen Methode nach Krause-Mikulicz und nimmt in veralteten Fällen zu der Luc-Caldwell-Hajek'schen mit sorgfältiger Entfernung alles krankhaften Gewebes, nicht der ganzen Schleimhaut, seine Zuflucht. **Kramer** (Glogau).

---

8) **R. Alessandri.** Neues operativ-autoplastisches Verfahren bei narbiger Kieferklemme.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 548.)

A. hat in zwei Fällen von Kieferklemme, die lediglich auf einseitigen Narbenkontrakturen der Backen-Zahnfleischschleimhaut beruhten, eine selbst erdachte Plastik vorgenommen, mit der die Neubildung der zerstörten Schleimhautpartie durch Einheilung von Epidermis aus der lateralen Kieferrandhaut geleistet ist. A. umschneidet einen länglichen viereckigen Lappen mit der Basis oben an der Wange oberhalb des oberen Kieferrandes, welcher nach unten bis unterhalb des unteren Kieferrandes geht. In dieser Ausdehnung wird der Lappen, nur Haut enthaltend, von der Unterlage abgelöst, sodann die Mundhöhle entsprechend der Breite des Lappens durch Schnitt, gleich unter-

halb des Lappenstieles eröffnet und der Lappen durch diesen Schnitt in die Mundhöhle gezogen, woselbst er richtig mit den Wundflächen des diszidierten Narbengewebes vernäht wird. — Die Schlitzöffnung in der Wange bleibt zunächst offen und dient zum Abfluß der zu injizierenden Spülflüssigkeiten. Am 10. Tage wird der »Lappenstiel durchtrennt« und die Lappenfragmente teils in der Mundhöhle vernäht, teils außen zur Vernähung des äußeren Backenwundschlitzes verwendet. Dabei wird von unten her, wo der Hautdefekt von Entnahme des Hautlappens resultierte, die Haut wiederum durch eine kleine Lappenbildung beweglich gemacht und nach oben verschoben. Das Resultat war in beiden Fällen bei relativ geringer äußerer Verunstaltung funktionell sehr gut. Der gegen das Verfahren erhebbare Vorwurf, daß durch diese Plastik barthaartragende Haut zur Mundhöhlenauskleidung benutzt werde, werde dadurch hinfällig, daß in solchen Fällen die Epidermis allmählich muköse Beschaffenheit annehme und den Haarwuchs verliere. (? Red.) Vor Mitteilung der eigenen Fälle gibt A. einen kurzen Bericht über von anderen Autoren zu gleichen Zwecke benutzte Verfahren. Die eigene Methode A.'s wurde übrigens auch von Pascale (Neapel) in einem' Falle mit gutem Erfolg angewendet. Zu bemerken ist, daß weder die Beschreibung im Text noch die erläuternden Figuren dem Ref. ein völlig klares Verständnis der von A. benutzten Technik in allen ihren Einzelheiten ermöglichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **J. Berg.** Einige Reflexionen über die operative Behandlung des Torticollis spasticus.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVIII. III. Folge Bd. V. Abt. I. Kirurgi. Nr. 2.)

Die Frage »Kann eine chirurgische Behandlung des sog. Torticollis spasticus zurzeit als berechtigt angesehen werden und, bejahenden Falles, unter welchen Voraussetzungen, und nach welchen Prinzipien?« sucht Verf. in der vorliegenden Arbeit, auf Grund umfassender Literaturstudien und unter Verwertung seines eigenen klinischen Materiales zu beantworten. In fesselnder Darstellung spricht Verf. über seine ersten vor vielen Jahren erlebten Mißerfolge bei Accessoriusteilungen, zeigt, wie er auf Grund der entschiedenen Verwerfung durch Erb jedes operative Vorgehen als eine unangenehme Pflicht ansah, gesteht aber, daß er dann doch wieder, wenn auch »mit innerem Widerstreben«, die operative Behandlung von neuem aufgenommen hat. Die reiche Sammlung Verf.s aus der Weltliteratur ist in erster Linie für die letzte Versammlung des nordischen Chirurgenkongresses geschrieben; sowohl der operierende Chirurg als der Neurologe vom Fach werden darin eine Fülle von Tatsachen hervorragender Autoren finden, die um so beachtenswerter sind, als die hierher gehörigen Fragen von den meisten Lehr- und Handbüchern in stiefmütterlicher Weise dargestellt werden. In bündiger Kürze hat Verf. sowohl die theoretischen Auseinandersetzungen aus der Nervenpathologie (Erb,

Jaccoud, Eulenburg, Trousseau, Charcot u. a.) als die praktischen Ergebnisse der operativen Chirurgie (Campbell de Morgan, Oscar Bloch, Kocher, Noble Smith, Kalmus u. a.) dargestellt und mit kritischem Scharfsinn gesichtet. Eingehender beschäftigt er sich mit dem von Brissaud Anfang der 90er Jahre dargelegten und später von seinen Schülern entwickelten Hypothese von der psychopathischen Natur des Leidens und den daraus gezogenen Folgerungen hinsichtlich der Behandlung, die in seinem »Traitement rééducateur« gipfeln. Wohl spricht Verf. dieser Behandlung nicht jedes Resultat ab, schließt sich aber entschieden den Anschauungen Oppenheim's an, dessen bezeichnende Schlußworte: »Alles in allem befinden wir uns also hier bezüglich der Therapie noch auf recht unsicherem Boden«, augenscheinlich Verf.s persönlichem Urteil sehr nahe kommt.

Die in Frage stehenden operativen Maßnahmen: Resektion des Nervus accessorius (Bryalski 1834), vielfache, jeweilig in mehreren Sitzungen ausgeführte Muskelteilungen (Kocher 1884), Resektion eines oder mehrerer der drei obersten hinteren Cervicalnerven (Keen 1888), schließlich die Kombinationen eines oder mehrerer dieser Eingriffe, werden vom Verf. kritisch erwogen, und im Zusammenhange damit werden Verf.s fünf eigene Fälle ausführlich mitgeteilt, deren nähere Einzelheiten im Original (Deutsch) nachgelesen werden müssen. Kocher's multiple Muskelteilungen scheinen Verf. den Vorzug vor der Nervenresektion zu verdienen, einmal weil sie weniger ausgesprochene Paralysen setzen und übrigens die genaueste »Dosierung« nach der Ausbreitung der Krämpfe gestatten. Die den Musculus cucullaris teilweise lähmende Accessoriusresektion soll für diejenigen Fälle herangezogen werden, in welchen der Kopfnickerkrampf stark und deutlich hervortritt, wobei Verf. den Vorschlag Coudray's, nur den äußeren Nervenast durchzutrennen, empfiehlt. — Die Kritik Verf.s über die Resektion der hinteren Äste der oberen Cervicalnerven gelangt zu der Schlußfolgerung, daß diese Operation »oft auf eine Teilung des II. Astes am Foramen intervertebrale, sowie auf eine behutsame Spaltung der Anheftungen der beiden schiefen Muskeln an den Querfortsätzen des Atlas beschränkt werden können.«

Der prinzipielle Standpunkt Verf.s in der anfangs erhobenen Frage über die Rechtmäßigkeit einer chirurgischen Behandlung des Leidens geht aus den folgenden zwei Schlüssen hervor:

»So lange die suggestive und speziell die Brissaud'sche Therapie nicht vorerst gründlich versucht worden ist, ist jegliche operative Behandlung des Torticollis spasticus unberechtigt.«

»Ist suggestive Behandlung vergeblich versucht worden, so sind die Aussichten für eine operative Behandlung besser, je begrenzter dem Gebiete nach und je fixer der Art nach ein Spasmus ist, und je weniger das psychopathische Moment (die ,Diatese') hervortritt.«

Hansson (Cimbrishamn).

10) **Guffey.** A collection and an analysis of the reported cases of osteoarthritis of the spine (spondylitis deformans).

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1905. November.)

G. gibt eine Zusammenstellung und Analyse sämtlicher bekannter Fälle von Spondylitis deformans. Ergebnis: Definition: eine progressive Ankylose der Wirbelsäule, beruhend auf strukturalen Veränderungen in den Gelenken. Nomenklatur: Osteoarthritis der Wirbelsäule, spinale Form der Arthritis deformans, rheumatoide Arthritis, Spondylitis deformans, Spondylose rhizomelique (wenn auch Hüfte oder Schulter ergriffen ist). Historisches: Bereits bei ägyptischen Mumien beobachtet, ebenso bei Katzen, Rindvieh, Pferden, Gorillas. Pathologie: Die der Osteoarthritis, eine Wucherung der Knorpelzellen mit nachfolgender Resorption der Intervertebralscheiben, Verschmelzung der Wirbel, Verknöcherung der Bänder, Bildung von Exostosen. Ätiologie: 1) das Alter: Durchschnittsalter 25—40 Jahre. 2) Das Geschlecht: 75% sind Männer. 3) Einwirkungen von Kälte und Nässe. 4) Traumen. 5) Beschäftigung: lange fortgesetzte schwere Arbeit. 6) Infektionskrankheiten, wie Gonorrhöe und Gelenkrheumatismus. 7) Neurotrophische und toxische Einflüsse. Symptome: Frühstadium: langsame Entstehung unter Schmerzen und Steifigkeit. Spätere Stadien: Abflachung des Brustkorbes und des Beckens, Brustkorb versteift, Abdominalatmung, Starre der Wirbelsäule mit Entwicklung von unten nach oben, Deformität der Wirbelsäule: dorsale Kyphose, Schwinden der normalen Lendenlordose, Schwäche und Atrophie der Muskeln, besonders am Rücken, am Schulter- und Hüftgelenk, Gelenkknarren, Ankylose anderer Gelenke, besonders des Schulter- und Hüftgelenkes, Exostosen. Sind nervöse Störungen vorhanden, so sind sie sowohl sensibler Art: Parästhesien, Hyper- und Anästhesien, als auch motorischer: Zittern und vermehrte Reflexerregbarkeit. Diagnose: Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: 1) Wirbeltuberkulose. Unterscheidungsmerkmale: positive Tuberkulinreaktion, winklige Knickung, gewöhnlich bei Jugendlichen, hereditäre Belastung, Freisein anderer Gelenke, keine Exostosen. 2) Pachymeningitis; entsteht akuter, zeigt Gehirnsymptome; der Lumbalteil und andere Gelenke bleiben frei. 3) Professionelle Kyphose; hier sind gleichfalls die übrigen Gelenke frei, und Exostosen fehlen. 4) Hysterie; in Narkose ist die Wirbelsäule beweglich. Die Prognose hängt davon ab, in welchem Stadium die Erkrankung zur Behandlung kommt. Behandlung: Allgemein und örtlich. Im akuten Stadium Fixation der Wirbelsäule, in späteren Stadien Bewegungen, Massage, örtliche Wärmeanwendung. Es werden höchstens Besserungen oder langsamerer Verlauf erzielt.

Mohr (Bielefeld).

11) **R. Klapp.** Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf skoliotische Versteifungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 543.)

Zur Anwendung heißer Luft auf skoliotische Rücken hat K. in der Bonner Klinik von Bier nach dem Prinzip der Heißluftkästen für Extremitäten einen entsprechend größeren fünfkantigen Kasten konstruieren lassen, an dessen aufrechtstehenden fünf Flächen Einschnitte vorhanden sind, in welche die skoliotischen Kinder ihren Rücken einpassen und der Heißluft aussetzen. Dies geschieht im Sitzen. Ein Kranz von Gasflammen im Innern des Kastens gibt die Wärmequelle. (Vgl. Abbildung des Apparates.)

Die Skoliosenkinder nehmen dies Rückenheißluftbad 20 Minuten lang, bevor sie ihre Turnübungen machen. Sie pflegen danach über Schmerzen im Rücken und in den Seiten zu klagen, die K. dem sog. Muskelfieber oder Turnweh nach tüchtigen Muskelbewegungen für gleichwertig hält. Nach K. wirkt diese Heißluftbehandlung ähnlich wie Massage, die durch sie völlig ersetzt werden kann: die ganze Wirbelsäule mit ihren zahlreichen Gelenken wird geschmeidiger und leichter beweglich. Dies bestätigen auch die eigenen Beobachtungen und Angaben der Behandelten sowie die Wahrnehmungen der Ärzte und Turnlehrerinnen an ihnen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) **A. Kocher.** Über die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Nachdem K. in Vorversuchen die Ausscheidungsverhältnisse des innerlich gegebenen Jods bei Menschen mit normaler Schilddrüse bestimmt, führte er an 19 Kropfkranken mit Kröpfen verschiedener Art und Größe, sowie an fünf Individuen ohne Schilddrüse eine sehr große Anzahl von Jodbestimmungen im Urin aus. Es fand sich, daß die Individuen ohne Schilddrüse zwar ebensoviel Jod ausscheiden, wie solche mit gesunder Schilddrüse, aber sehr viel langsamer. Von den Kropfkranken zeigten in einer ersten Kategorie gegenüber der Norm vermehrte Jodquanta im Urin diejenigen, bei denen sich unter der Jodverabreichung der Kropf verkleinerte. Verhielt sich das Jodquantum im Urin normal, so betraf das eine Kategorie von Leuten, bei denen sich unter der Jodverabfolgung der Kropf nicht änderte. Bei einer dritten Kategorie fanden sich verminderte Jodmengen im Harn; die Kröpfe dieser Individuen wurden dabei nicht merkbar kleiner, aber weicher unter subjektiver Erleichterung. Bei dieser letzten Kategorie handelte es sich im allgemeinen um Kolloidkropf; bei der ersten Kategorie um parenchymatöse Formen oder um nervöse Strumen mit wenig oder gar keinen regressiven Metamorphosen; bei der zweiten Kategorie waren es Kröpfe von sehr verschiedenem

Charakter. Für die Therapie ergab sich das Gesetz, daß das Jod nur dann auf den Kropf wirkt, wenn es in demselben funktionsfähiges Parenchym vorfindet.

K. erörtert dann noch eine große Reihe weiterer Fragen, so die Beziehungen zwischen Jodeinnahme, Jodgehalt des Kropfes und Jodausscheidung; er bespricht die Jodausscheidung nach der Kropfoperation, den Jodismus sowie eine Reihe physiologischer Fragen.

Haeckel (Stettin).

---

13) **M. Tiegel.** Sollen die Operationen in der Brusthöhle unter Anwendung des Sauerbruch'schen Überdruck- oder Unterdruckverfahrens ausgeführt werden? (Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.)

(Berliner Klinik 1905. Hft. 209.)

In dem immer noch nicht entschiedenen Streit über den größeren Wert des Über- oder Unterdruckverfahrens ergreift T. das Wort, um die Gründe der Gegner des letzteren, speziell Brauer's, zu widerlegen. Ausgehend von der Tatsache, daß schon geringe Druckvermehrung im Lungenluftraume ganz beträchtliche Zirkulationsstörungen zur Folge hat, wendet T. gegen Brauer ein, daß wohl ein gesunder Mensch über solche infolge der großen Anpassungsfähigkeit seines Zirkulationssystems hinwegkommen könne, daß das sicher aber nicht ohne weiteres von einem Kranken angenommen werden dürfe.

In längerer Darlegung, deren Besprechung zu weit in physiologische und physikalische Einzelheiten führen würde, sucht T., gestützt auch auf ein ganz einfaches Experiment, den Nachweis zu führen, daß in letzter Linie beim Überdruckverfahren eine vermehrte Arbeit des Herzens, und zwar eine Vermehrung der Saugwirkung des rechten und der Druckwirkung des linken Ventrikels eintreten müsse.

Bei seinen Experimenten erwartet T. den Einwand, daß er zu hohe Überdruckwerte angewandt habe und erklärt dies damit, daß er die Grenzwerte habe feststellen wollen, welche noch gerade ertragen werden könnten. Nicht recht ersichtlich bleibt aber doch, warum er nicht die einfache Abänderung seiner Versuche mit Druckhöhen, wie sie Brauer anwendet, vorgenommen hat, um zu sehen, ob die von ihm erwarteten Schädigungen eintreten.

Im zweiten Teile mehr technischer Natur wendet sich T. gegen den Ausspruch Brauer's, daß das Überdruckverfahren das einfachste und sicherste sei. Vor allem bemängelt er die Kompliziertheit und schwierige Kontrolle bezw. Reperatur des Brauer'schen Apparates, und die starke Behinderung des Narkotiseurs. Letztere wird wohl jedem, der viel narkosisiert hat, aufgefallen sein.

Zum Schluß meint T., daß physiologisch das Überdruckverfahren an das Unterdruckverfahren bei weitem nicht heranreiche und außerdem vielleicht gewisse Gefahren für den kranken Menschen in sich schließe, so daß vorläufig für eingreifende Operationen am Men-

schen nur das Unterdruckverfahren in Frage komme. Ausgeschlossen sei, wie T. begründet, das Überdruckverfahren bei Speiseröhrenoperationen, bei Operationen an kranken Lungen, bei allen Herzerkrankungen, Krankheiten des Mediastinums, substernalen Kröpfen.

Renner (Dresden).

---

14) **C. Ritter.** Die Neubildung von Lymphdrüsen beim Mammakarzinom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 260.)

R. hat in ausgeräumten Drüsenpaketen außer derben und in typischer Weise gut eingekapselten Drüsen in anscheinend auch drüsenähnlichen Klümpchen oder Knoten nachgewiesen, daß hier nur kleine Fettläppchen vorliegen, in denen aber eine Einlagerung von adenoidem Gewebe begonnen hat. Wird die Schnittfläche solcher Herde mit Fettfarben (Sudan) behandelt, so hebt sich der Farbenbezirk des Fettes scharf von dem des adenoiden Gewebes ab, wodurch charakteristische Bilder entstehen (vgl. die kolorierte Tafel mit 12 Figuren). Das adenoide Gewebe zeigt alle legitimen Strukturzeichen von Lymphdrüsen, Rand- und Marksubstanz, Keimzentra und Lymphräume, ist aber nicht überall von einer Drüsenmembran eingescheidet. Am Vorliegen von Drüsenneubildung ist also nicht zu zweifeln, und als Ursache für dieselbe sieht R. die Krebskrankheit an. Die Lymphdrüsenentwicklung ist die erste Reaktion des Körpers auf die Karzinominvasion, sei es, daß es sich um Reiz durch die Krebszellen, sei es, daß es sich, was wahrscheinlicher, um das Krebsvirus handelt. Der Reiz von Krebsulzerationen ist jedenfalls ausschließbar; denn die Karzinome der untersuchten Fälle waren fast alle nicht exulzeriert.

Zu ähnlichen Anschauungen über die Möglichkeit von Lymphdrüsenneubildungen, über die sonst wenig gearbeitet und bekannt ist, gelangte Bayer, welcher bei Tierversuchen die in einer bestimmten Region vorhandenen Lymphdrüsen ausräumte und danach die Regeneration derselben beobachtete. R. bespricht die wenig bekannt gewordene Arbeit B.'s eingehend. Die von R. und Bayer gemachten Beobachtungen lassen die von Riedel den totalen regionären Drüsenausräumungen nachgesagten Gefahren — Lymphstauung, Elephantiasis usw. — als ziemlich unverfänglich erscheinen. Außerdem wäre daraus zu schließen, daß die Studien über Verbreitungswege des Karzinoms durch Lymphbahnen mittels Lymphgefäßinjektion am Kadaver nicht unbegrenztes Vertrauen verdienen. Denn »da überall im Fettgewebe Lymphdrüsen sich bilden können, so heißt das eben nichts anderes, als daß sich Karzinom überall auf dem Lymphwege finden und ausbreiten kann, und daß es vorgezeichnete und jedesmal gleiche Bahnen eben einfach nicht gibt«. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

15) Mt. Sinai Hospital reports for 1903 and 1904. Vol. IV.

Der Jahresbericht des Mt. Sinai Hospital enthält, soweit chirurgisches Interesse in Betracht kommt, neben den genau und spezialistisch geführten Statistiken eine reiche wissenschaftliche Ausbeute. Die statistischen Daten müssen im Original eingesehen werden. Über die Arbeiten von Moschcowitz über trockenes Jodcatgut und von Elsberg über Jodoformplomben bei Knochenerkrankungen wurde bereits an dieser Stelle (1905) referiert.

Eine Arbeit von Heimann bereichert die Literatur der bilateralen Empyeme, welche bisher 114 Fälle umfaßte (vgl. Hellin, Berliner klin. Wochenschrift Nr. 45), um zwei weitere Fälle bei Kindern.

Was die Erkrankungen des Harnsystems unlangt, so wurden prinzipiell Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus vorgenommen. Die Kryoskopie läßt Gerster nur als untergeordnetes Hilfsmittel gelten.

Die gut- und bösartigen Erkrankungen des Magens und Duodenums sind von Berg behandelt. Inbetreff der Indikationsstellung bei gutartigen Erkrankungsformen wird auf die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose zwischen Erkrankungen der Gallenwege, des Wurmfortsatzes, des Magens und des Duodenums hingewiesen und für solche Fälle die probatorische Laparotomie empfohlen. Bei Magengeschwür wird zunächst interne Behandlung eingeleitet. Bei perforierendem Geschwüre konnte zur Zeit der Perforation keine besondere Chokwirkung beobachtet werden; ebensowenig trat in der Mehrzahl der Fälle ein Verstreichen der Leber- und Milzdämpfung auf.

Vor einem operativen Eingriffe bei Blutbrechen wird gewarnt, wenn der Hämoglobingehalt auf ca. 20% fällt und der Allgemeinzustand ein schlechter ist. Die Gastroenterostomie wurde prinzipiell mit dem Murphyknopf ausgeführt. Für Radikaloperation eines Magenkarzinoms verlangt B. als Vorbedingung, daß, bevor eine Geschwulst gefühlt ist, zur Operation geschritten wird, ein Standpunkt, welchen auch Czerny vertritt. Eine präzise Diagnose ist ja in diesem Stadium aus den sonstigen klinischen Zeichen unmöglich; aber ebensowenig schädlich ist nach B. eine diagnostische Laparotomie. Bei Adhäsionen zwischen Magen und Mesocolon macht B. auf die Gefahr der Durchtrennung der Art. colica med. und der daraus resultierenden Gangrän des betreffenden Darmabschnittes an der Hand eines Falles aufmerksam, bei welchem die sofortige Resektion mit Erfolg vorgenommen wurde.

Den übrigen Teil der Bauchchirurgie behandelt Lilienthal. Er enthält eine Bereicherung in bezug auf die akute Pankreatitis und die Erkrankungen der Gallenwege.

Beim Mastdarmkrebs wurde die Resektion des Mastdarmes ausgeführt mit subperiostaler Auslösung des Steißbeines. **Hofmann** (Karlsruhe).

16) **Walko.** Über lokale Alkoholtherapie.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 4—7.)

Verf. berichtet über die Erfolge, die er mit Alkoholumschlägen bei Erysipel, tuberkulöser Bauchfellentzündung und Appendicitis erzielt hat. Er benutzte eine achtfache Schicht hydrophiler Gaze, die mit 50- oder 96%igem Alkohol getränkt und mit nicht perforiertem Guttaperchapapier oder Flanell bedeckt war bzw. den viel langsamer verdunstenden Alkoholzellit (der Farbenfabriken in Elberfeld) in Scheiben.

Bei 27 Fällen von Gesichtsrose und 8 von Erysipel des Stammes und der Extremitäten wurden die lokalen und allgemeinen Erscheinungen durch die Alkoholbehandlung sehr günstig beeinflußt. Der örtliche Prozeß kam rasch zur Begren-

zung, Komplikationen traten nie auf; Haarausfall beim Kopferysipel zeigte sich nur in 4 Fällen in spärlichem Maße.

Von tuberkulöser Peritonitis beobachtete W. 10 Fälle. Die Alkoholumschläge bewirkten sichtliches Zurückgehen der Schmerzen und des Ascites, sowie Besserung des Allgemeinbefindens in allen Fällen, die nicht mit schweren tuberkulösen Erkrankungen anderer Organe kompliziert waren. Die Wirkung des Alkohols wurde durch über ihn applizierte heiße Breiumschläge noch unterstützt, da letztere eine stärkere Bildung von Alkoholdämpfen anregen, die dann leicht und tiefer in die Haut eindringen. Bei den knotigen Formen der Bauchfelltuberkulose war der Erfolg nur ein mäßiger und vorübergehender.

Bei der Appendicitis wurde während der akuten Erscheinungen über den Alkoholverband noch ein Eisbeutel, später ein kalter Umschlag aufgelegt. Neben der schmerzstillenden und resorptiven Wirkung nimmt Verf. an, daß in manchen Fällen vielleicht auch die Abszeßbildung verhindert sei, da selbst schwere Formen mit größerer Exsudatbildung und stärkeren peritonealen Reizerscheinungen ohne Eiterung günstig verliefen. Rezidive wurden naturgemäß nicht verhindert. 2 Fälle von chronischer Appendicitis wurden durch die Alkoholumschläge nicht gebessert. Ein Mann mit Perityphlitis perforativa, an welche sich Peritonitis mit ausgedehnter Exsudatbildung anschloß, wurde allein durch Alkoholumschläge völlig geheilt, trotzdem er in kollapsähnlichem Zustande mit einem kaum tastbaren Puls von 140 Schlägen zur Aufnahme kam.

Der Erfolg ist weniger der austrocknenden und keimtötenden Kraft des Alkohols, als seiner gefäßerweiternden Wirkung zuzuschreiben; diese erstreckt sich auf größere Tiefe, wenn die Haut vorher durch feuchte Verbände aufgelockert und durch Seifenwaschung, Äther oder Benzin entfettet ist. Durch Einfetten der Haut wird diese Tiefenwirkung abgeschwächt; sie ist auch beim konzentrierten Alkohol, der die oberflächlichen Hautschichten rasch härtet, geringer als bei Anwendung verdünnter Lösungen. **Gutzeit** (Neidenburg).

17) Enz. Zur Überhäutung und Wundbehandlung bei totaler Skalpierung des Kopfes.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905. Nr. 22.)

Unter Zusammenstellung von 25 Fällen aus der Literatur berichtet E. über einen Fall, den Brunner im Kantonspital Münsterlingen innerhalb von 15 Monaten zu völliger Heilung brachte. Die Skalpierung war durch einen Milchseparator, Handzentrifuge, zustande gekommen. Die Heilung war $1^1/_2$ Jahr nach dem letzten Eingriff noch eine vollständige.

Die 28jährige Frau hatte keine Hirnerscheinungen, kam mit wieder aufgelegtem Skalp ins Krankenhaus. Es wurden aus demselben acht je 4 : 10 cm große Lappen geschnitten, nach Wolf-Krause's Methode aufgelegt und mit Catgut befestigt. An der Stirn heilten zwei solcher handtellergroßer Lappen, ein dritter über dem linken Ohr an. Im weiteren Verlaufe waren fünf Transplantationen nach Thiersch notwendig, die schließlich völlige Deckung ergaben. Augenlidschluß gut, Sensibilität im transplantierten Gebiete reduziert. Vier Photographien illustrieren den Zustand zu verschiedenen Zeiten der Heilung. **Stolper** (Göttingen).

18) P. F. Gussew. Zur Kasuistik der Schädelsarkome.

(Chirurgie 1905. [Russisch.])

Der Fall ist dadurch interessant, daß die Geschwulst trotz langen Bestehens den Knochen fast gar nicht angegriffen hat.

Es handelte sich um einen 50jährigen Chinesen, der vor 5 Jahren eine Geschwulst am Kopfe bekam, die weggeschnitten wurde, aber bald wiederkam und beständig wuchs, ohne Beschwerden zu machen. Die harte, höckrige Geschwulst war von teilweise exulzerierter Haut bedeckt und nahm fast die ganze Schädeloberfläche ein. Sie maß in der Mittellinie 48 cm, quer 29 cm, hatte einen Umfang von 69,5 cm und saß pilzförmig breit auf.

Bei der Operation, die Pat. nur 3 Stunden überlebte, erwies sich, daß die Neubildung mit dem Periost leicht zu entfernen war, und nur kleine Exkreszenzen den Knochen arrodiert hatten, ohne ihn zu durchbrechen.

V. E. Mertens (Breslau).

19) **I. Antoniu.** Die Hydatidencysten der Schädelknochen.

(Spitalul 1905. Nr. 20.)

Echinokokkencysten der Schädelknochen sind so selten, daß Verf. nur sieben Fälle in der Literatur auffinden konnte, denen er einen achten eigener Beobachtung hinzufügt. Es handelte sich um einen Soldaten, welcher angab, immer gesund gewesen zu sein, obwohl spätere Nachforschungen erwiesen, daß er in der Kindheit oftmals an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Wenige Tage nach seinem Eintritt in den Dienst fiel er plötzlich unter Konvulsionen um, erholte sich wieder, starb aber einige Stunden später während eines epileptischen Anfalles. Die Nekropsie ergab das Vorhandensein einer unilokulären, etwa hühnereigroßen Echinokokkencyste der Scheitelgegend, welche zahlreiche Tochterblasen beherbergte. Die von klarer Flüssigkeit erfüllte Blase befand sich zwischen rechtem Scheitelbein und Dura mater, hatte die innere Lamelle des Knochens zum Schwunde gebracht und eine tiefe Depression der die Roland'sche Furche umgebenden Hirnwindungen hervorgerufen.

E. Toff (Braila).

20) **M. Borchardt.** Zur Operation der Tumoren des Kleinhirn-Brückenwinkels.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 33.)

Die Geschwülste des Kleinhirn-Brückenwinkels verursachen außer Kopfschmerz. Schwindel, Erbrechen, doppelseitiger Stauungspapille subjektive Geräusche, und zwar hauptsächlich auf der Seite, auf welcher die Geschwulst sitzt; ferner zerebrale Ataxie, Zwangsstellung des Kopfes, häufig auch Nystagmus.

B. machte zum ersten Male den Versuch, eine solche Geschwulst bei einer 45jährigen Pat. zu entfernen; es war dreizeitige Operation wegen des elenden Zustandes der Pat. und wegen Hämorrhagien notwendig. Tod nach 26 Stunden. (Operationstechnik; Sektionsprotokoll und Abbildung des Präparates.) Histologisch erwies sich die Geschwulst als Fibrosarkom. B. empfiehlt frühzeitige Operation, die möglichst in einer Sitzung beendet werden soll, mit Bildung eines großen Lappens aus der Hinterhauptschuppe und eines großen Teiles des Felsenbeines, wodurch ein guter Überblick und Durchschneidung des Sinus bis zum Pons möglich wird.

Langemak (Erfurt).

21) **J. Sores.** Über sekundäre Trepanation nach geheilten Schädelverletzungen.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1905. Nr. 19 u. 20.)

Bericht über vier Fälle von Schädelverletzungen durch stumpfe Gewalt, nach welchen späterhin, ohne daß Verletzungen des Knochens nachzuweisen gewesen wären, verschiedenartige nervöse Störungen sich entwickelten. In zwei Fällen bestanden diese in heftigen Schmerzen in der betreffenden Schläfengegend mit Hitze-, Schwindelgefühl und unsicherem Gang, in den zwei anderen Fällen in epileptiformen bzw. epileptischen Anfällen. In allen Fällen war die Trepanation vorgenommen worden. Die anatomischen Befunde waren Verdickung des Schädelknochens, eine ganz geringfügige Impression, frühzeitige Synostose der Nähte und im vierten Fall eine dem Knochen adhärente Narbe. Das entfernte Knochenstück wurde entweder gar nicht oder nur teilweise reimplantiert mit der Absicht, ein Ventil im Sinne Kocher's zu schaffen.

Für die Beurteilung des Erfolges sind nur drei Fälle verwertbar, einer starb in unmittelbarem Anschluß an den Eingriff. Der Epileptiker ist dauernd geheilt geblieben (Beobachtungszeit 7 Jahre). Zwei Fälle mit anderen nervösen Symptomen haben Besserungen zu verzeichnen (Beobachtungszeit 2 Jahre bzw. 3 Monate).

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

22) **Lannois.** Troubles auditifs dans le zona.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. September.)

L. teilt zwei sehr interessante Beobachtungen mit, die beweisen, daß beim Herpes zoster ebenso wie der Facialis und andere Nerven auch der Acusticus erkranken kann. Es kommt dann zu mehr oder weniger hochgradigen Hörstörungen, event. mit Schwindel, die sich zurückbilden können oder stationär bleiben. In zwei weiteren Fällen aus L.'s Beobachtung wurde durch den Herpes zoster eine alte Otitis media zum Aufflackern gebracht. **Hinsberg** (Breslau).

23) **A. af Forselles.** Beiträge zur Kenntnis der otogenen Folgeerkrankungen.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLVII. p. 203.)

Die Arbeit enthält 14 kasuistische Mitteilungen aus der Privatklinik Verf.s, die seit deren Eröffnung im Jahre 1900 beobachtet worden sind; und zwar zwei Fälle von Gehirnabszeß, ein Fall von extraduralem Abszeß, sieben Fälle von otitischer Pyämie oder Sinusthrombose und vier Fälle von Meningitis. Von ihnen wurden geheilt ein Hirnabszeß, ein Extraduralabszeß und vier otogene Pyämien. Die Krankengeschichten enthalten manche beachtenswerte Einzelheiten sowohl in theoretischer als praktischer Beziehung.

Eine kühnere Ausnutzung der operativen Therapie verspricht in Zukunft noch bessere Heilresultate — so lautet ungefähr das abschließende Urteil.

Hansson (Cimbrishamn).

24) **Taptas.** Thrombophlébite du sinus lateral avec symptomes cérébelleux. Ligature de la veine jugulaire, nettoyage du sinus malade. Ponctions négatives dans le cervelet. Guérison. De l'innocuité des plaies drainées de la dure-mère et du cerveau.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

Aus dem Titel ergibt sich, um was es sich handelte. Wenn T. behauptet, daß Probeinzisionen der Dura und Hirnpunktionen stets ohne weiteren Schaden ausheilten, wenn man nur die Inzisionseröffnung genügend drainiere, so muß Ref. dem widersprechen. Er sah vor kurzem unter ähnlichen Bedingungen eine Meningitis entstehen; außerdem sind mehrere Fälle bekannt, bei denen sich im Punktionskanal ein Hirnabszeß entwickelte. **Hinsberg** (Breslau).

25) **Klug.** Abcès rétropharyngée d'origine auriculaire; érosion de la carotide, mort par hémorrhagie 24 heures après l'ouverture de l'abcès.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1904. Juli.)

Bei der Pat., einem 12jährigen Mädchen, bestand neben einer chronischen Otitis media eine retroaurikuläre Fistel, zu deren operativer Behandlung das Kind ins Hospital aufgenommen wurde. Eine dort zum Ausbruche kommende Scarlatina mit sekundärer Nephritis zwang zur Verschiebung des Eingriffes. Unregelmäßige Temperatursteigerungen erweckten den Verdacht, daß eine Tuberkulose vorliege, ohne daß sich jedoch objektiv etwas nachweisen ließ. Im weiteren Verlaufe, nachdem die Eiterung aus der Ohrfistel nach Abstoßung eines Sequesters nachgelassen hatte, Bildung eines retropharyngealen Abszesses, der inzidiert wird. 24 Stunden später plötzlich heftige Blutung aus der Inzisionswunde, der das Kind erliegt, ehe man an Unterbindung der Carotis denken kann. Bei der Autopsie findet man eine Miliartuberkulose. Im Mittelohr ein Sequester, der nach K.'s Ansicht der äußeren Wand des Carotiskanales angehörte. Der Abszeß im Rachen reichte bis an die Carotis, die an einer Stelle durch ihn arrodiert war. K. nimmt an, daß die Arrosion des Gefäßes durch den Sequester bedingt gewesen, daß die Blutung aber nicht nach außen in den Gehörgang erfolgt sei, sondern in den Abszeß. Dieser Ansicht kann sich Ref. nicht anschließen, da doch aus dem Sektionsberichte hervorgeht, daß die blutende Stelle nicht in der Paukenhöhle lag, sondern viel tiefer im

Bereiche des Halses. Hätte sie in der Paukenhöhle gelegen, so hätte man doch zum mindesten eine Spur von Blut im Mittelohre finden müssen; es lag nicht der geringste Grund dafür vor, daß das Blut sich gerade in die Abszeßhöhle entleerte. Viel wahrscheinlicher ist es, daß es sich um einen vom Ohre ganz unabhängigen Halsdrüsenabszeß handelte, durch Tuberkulose oder Scharlach bedingt, und daß von hier aus, wie so häufig, die Gefäßwand angenagt wurde.

Hinsberg (Breslau).

26) **F. Klug.** Recherches sur un »alabyrinthique«.

(Ann. des malad. du l'oreille 1904. Januar.)

K. hatte Gelegenheit, bei einem 6jährigen Kinde, bei dem infolge von Scharlachotitis beide Ohrlabyrinthe zerstört waren, genaue Untersuchungen des Gleichgewichtssinnes vorzunehmen. Er konnte dabei feststellen, daß das Kind mit geöffneten Augen etwas breitbeinig, aber ohne zu schwanken, gehen konnte. Bei geschlossenen Augen langsamer Gang, geringes Schwanken. Dabei fast stets Abweichen nach rechts. Stehen auf einem Beine weder bei geöffneten, noch bei geschlossenen Augen möglich. Im Wasser war das Kind äußerst ängstlich, unsicher. Im Gegensatze von einem gesunden, gleichaltrigen Kinde war es nicht dazu zu bewegen, unterzutauchen. Bei Galvanisation quer durch den Kopf weder Schwindel noch Nystagmus. Durch Drehen auf der Drehscheibe ließ sich kein normaler Schwindel und kein Nystagmus auslösen.

All diese Resultate stimmen mit früheren Beobachtungen an Taubstummen und mit experimentellen Untersuchungen an Tieren vollkommen überein. Sie sind zweifellos durch den Ausfall der Funktion des durch das Vorhofbogengangsystem repräsentierten statischen Organes zu erklären. **Hinsberg** (Breslau).

27) **Botey.** Trois cas de trépanation de labyrinthe.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Dezember.)

Bei zwei von den Fällen, über die B. berichtet, handelte es sich um chronische Mittelohreiterungen, die aufs Labyrinth übergegriffen hatten. Klinisch manifestierte sich die Erkrankung des inneren Ohres durch typische »Labyrinthsymptome«: Gleichgewichtsstörungen mit Schwindel, Nystagmus und Hörstörungen. Bei beiden gelang es, im Anschluß an die breite Freilegung der Mittelohrräume durch Eröffnung des Labyrinths nach der vom Ref. empfohlenen Methode (Eröffnung des horizontalen Bogenganges, Erweiterung des ovalen Fensters nach unten zu) die Eiterung und dadurch die Gefahr einer Meningitis zu beseitigen.

Beim dritten Falle bestanden schon vor der Radikaloperation meningitische Symptome, aber keine deutlichen Zeichen einer Labyrintherkrankung.

Erstere schwanden nach dem Eingriffe, bei dem das nachweislich erkrankte Labyrinth nicht angegriffen wurde. Etwa 8 Tage später traten plötzlich wieder schwere Erscheinungen auf. Bei einer zweiten Operation wird nun das fast in ganzer Ausdehnung sequestrierte knöcherne Labyrinth entfernt. — Tod kurz nachher im Chok. Keine Autopsie.

Im Anschluß an die ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten bringt B. allgemeine Bemerkungen über Labyrintheiterungen und deren Therapie.

Hinsberg (Breslau).

28) **A. Iwanow.** Zur Frage der Radikaloperation der Stirnhöhle.

(Chirurgie 1905. [Russisch.])

I. gibt, z. T. an der Hand einer Abbildung, eine ausführliche Beschreibung des Killian'schen Verfahrens und rühmt ihm nach, daß es allen Forderungen gerecht werde, die an eine gute Methode gestellt werden müßten. Aus den drei Krankengeschichten sei nur folgende Beobachtung mitgeteilt: der Pat. war vor 4 Jahren schon operiert. Es war die vordere Wand temporär reseziert, die Schleimhaut exstirpiert und der Knochen wieder reponiert worden. Jetzt existierte die Höhle nicht mehr, sie war erfüllt von einer harten, »dem Knochen sehr ähnlichen Masse«, die I. sich dadurch entstanden denkt, daß in gewöhnliche Granulationen sich Kalksalze niedergeschlagen haben. **V. E. Mertens** (Breslau).

29) **P. Cauzard.** Tumeur maligne du sinus maxillaire de nature épithéliale, nécrose du maxillaire supérieur. Diagnostic. Opération.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 30.)

Als Verf. sich zur Operation entschloß, glaubte er ein chronisches Empyem mit Granulationen und Sequestern vor sich zu haben, fand aber eine ausgedehnte Neubildung, welche zu mehrfacher Sequesterbildung geführt hatte; die vordere, untere und zum größten Teil auch die mediale Wand mußte entfernt werden. Pat. war noch 6 Monate nach der Operation, trotz mehrfacher lokaler Rezidive, am Leben, und die Affektion war unilateral geblieben.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

30) **Stieren.** A case of acquired cyst of the conjunctiva containing an embryonic toothlike structure.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1905. September.)

Bei einem Mädchen von 10 Jahren wurde unter der Conjunctiva sclerae des linken Auges, lateral oberhalb von der Hornhaut, eine kleine Geschwulst bemerkte, die innerhalb der nächsten 6 Jahre mit zunehmender Schnelligkeit bis zu Bohnengröße wuchs. Nach ihrer Entfernung — Bulbus und Sehvermögen waren und blieben unversehrt — erwies sich, daß es sich um eine mit wenig gelblicher Flüssigkeit gefüllte Cyste handelte, in der sich ein wohlgebildeter Schneidezahn befand von $1^1/_2$ cm Länge, 9 mm Breite und 2 mm Dicke; er war von Periost bekleidet.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **Elter** und **Haass** (Viersen). Neue Operationsmethode bei Liddefekten und Ektropium durch freie Plastik aus der Ohrmuschel.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 38 u. 43.)

Müller (Rostock) hat die von Fritz König empfohlene Methode, Nasenflügeldefekte durch freie Plastik aus der Ohrmuschel zu decken, auch auf die Augenlider übertragen und in einem Falle von Entfernung des Unterlides durch Einpflanzung eines dem vorderen Teile der Ohrmuschel entnommenen Lappens ein sehr gutes kosmetisches und funktionelles Resultat erzielt. Dies hat die Verff. veranlaßt, in gleicher Weise in einem Falle von Ektropium durch lupöse Zerstörung des unteren Lides vorzugehen; der einzupflanzende Lappen wurde diesmal dem hinteren Teile der Ohrmuschel entnommen. Auch hier war das Resultat in jeder Beziehung ein sehr günstiges. In einem Nachtrage (Nr. 43 der Münchener med. Wochenschrift) stellen die Verff. fest, daß Büdinger bereits Ende 1901 den Gedanken, durch freie Plastik aus der Ohrmuschel Defekte des Augenlides zu decken, praktisch verwirklicht und schon 1902, also schon vor Müller, diese Methode veröffentlicht hat; sie ist allerdings etwas komplizierter als dessen Verfahren, wird diesem aber trotzdem in der Sattler'schen Augenklinik, wie Birch-Hirschfeld in derselben Nummer der Münchener med. Wochenschrift unter Mitteilung von neun Fällen berichtet, vorgezogen.

Kramer (Glogau).

32) **P. Vignard** et **G. Mouriquand.** Du périthéliome.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 10.)

Die Beobachtung betrifft einen 60jährigen Mann; die Geschwulst entwickelte sich angeblich aus kleinem Lipom der linken Backe, wuchs innerhalb weniger Monate zu einer angiomähnlichen Neubildung mit lebhafter Neigung zu profusen Blutungen, die erst nach Unterbindung der Carotis communis die Exstirpation gestatteten.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt ganz charakteristisch die ausgedehnte Gefäßneubildung mit Proliferation von endothelähnlichen Zellgebilden, die aus der äußeren Gefäßwand, besonders den Kapillaren, stammen. Der Fall beweist, daß Peritheliome sich auch an anderen als den bisher bekannten Prädilektionsstellen — Meningen und Gland. carotidea — entwickeln können.

Christel (Metz).



33) **C. Springer.** Zur chirurgischen Behandlung der Noma.
(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. LX. Hft. 4.)

Zusammenstellung der Resultate der innerhalb der letzten 16 Jahre in der Ganghofner'schen Klinik behandelten Nomafälle. Von 16 operierten Fällen wurden zwei gerettet. Die sieben Nichtoperierten starben alle, doch wurden sie gerade wegen der Schwere der Erscheinungen nicht operiert. Durch Heranziehung statistischen Materiales verschiedener Autoren gelingt es dem Verf. nicht, den Beweis einer Verbesserung der Mortalitätsstatistik durch das operative Verfahren zu führen. Um so überzeugender ist namentlich bei seinem zweiten Falle die lebensrettende Wirkung der Operation. Bei dem 2jährigen Kinde mußte Oberlippe, der Alveolarfortsatz des Oberkiefers bis zur Mitte des harten Gaumens, ein Teil des knorpligen Septum narium und der vordere Teil des Vomer abgetragen werden. Leidlicher kosmetischer Effekt durch Plastik später erzielt.

Göppert (Kattowitz).

34) **J. Berry.** On sixty-seven cases of congenital cleft palate treated by operation; with special reference to the after-results.
(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Alle 67 Fälle wurden nach einem gemeinsamen Plane behandelt. Wenn es die Umstände erlauben, operiert B. während des 3. Lebensjahres. Aber 43 von seinen Fällen hatten bereits das 4. Lebensjahr hinter sich, als sie zur Operation kamen: es handelte sich um schwer vernachlässigte oder bereits erfolglos von anderen operierte, oder solche Fälle, bei denen Chirurg oder Eltern den Eingriff abgelehnt hatten oder die Obturatorbehandlung empfohlen war. Verf. operiert nach einer modifizierten Langenbeck'schen Methode: Lösung breiter Schleimhaut-Periostlappen vom harten Gaumen, völlige Trennung des weichen Gaumens von den Knochen des harten Gaumens unter Erhaltung der zusammenhängenden Schleimhautdecke, Vereinigung in der Mittellinie; bei schmalem Spalte seitliche Entspannungsschnitte nach der Naht; bei breitem Spalte vor der Naht. Blutungsgefahr hat er nie beobachtet.

Zur Erzielung einer guten Sprache ist weitaus das Wichtigste die Herstellung eines annähernd normalen, beweglichen weichen Gaumens. Hier soll die primäre Vereinigung unter allen Umständen erstrebt werden; ein Loch im harten Gaumen läßt sich auch später noch schließen. — B. bekämpft energisch die in letzter Zeit empfohlene gewaltsame Annäherung beider Oberkiefer mittels umgelegter Drähte und erwähnt, daß von zehn so Operierten vier gestorben sind! (S. Referat in d. Bl. 1905 Nr. 41: Arbeit von Stoker.) — Was die Ergebnisse betrifft, so mißlang die Operation nur in drei Fällen ganz, in zweien hatte erst die zweite Operation vollen Erfolg. Der weiche Gaumen wurde in 60 Fällen unter 65 durch die erste Operation erfolgreich geschlossen, der harte Gaumen in 26 Fällen vollständig, in 10 Fällen nach mehreren Eingriffen, in 16 Fällen blieben kleine Löcher bestehen. Die Ergebnisse in Beziehung zur Sprache sind wegen Mangels an einem festen Beurteilungsmaßstabe schwer bestimmt anzugeben. Völlig normal wurde sie nie, sehr gut in wenigen Fällen. Verhältnismäßig am besten wird sie bei der Operation vor dem 4. Jahr, und ist sehr abhängig von Übung, Sorgfalt, Aufmerksamkeit. Sie bessert sich langsam noch nach Jahren. Eine Tabelle über die 67 Fälle und mehrere Abbildungen vervollständigen die interessante Arbeit.

W. Weber (Dresden).

35) **v. Saar.** Kongenitales Cystadenom der rechten Parotis.
(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 52.)

Die mehr als mannsfaustgroße, von der Parotisgegend bis zum Nacken und Schlüsselbein herabreichende, die Luftröhre komprimierende Geschwulst wurde bei einem Knaben beobachtet, der bereits mit einer hühnereigroßen Vorwölbung der rechten Halsseite geboren ward und im Alter von $1^1/_2$ Jahren unter zunehmendem Marasmus starb. Bei der mikroskopischen Untersuchung des durch die Sektion

gewonnenen Präparates fanden sich in der Kapsel glatte und quergestreifte Muskelfasern und Parotisreste. Das eigentliche Geschwulstgewebe bestand aus einem mäßig zellreichen Stroma, in welches schlauchförmige und cystische Hohlräume, ausgekleidet von Epithelien verschiedener Höhe und Schichtenzahl, ferner quergestreifte Muskelfasern, lymphadenoides und Knorpelgewebe eingelagert waren. Verf. konnte in der ihm zugänglichen Literatur nur zwei ähnliche Fälle auffinden.

Gutzeit (Neidenburg).

36) **Custodis.** Über die operative Behandlung der Nasenrachentumoren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 37.)

Die Arbeit referiert ausführlich über die zahlreichen für die Operation der Nasenrachengeschwulst angegebenen Verfahren und beschreibt einen Fall der Freiburger Klinik, in dem es Kraske gelang, durch temporäre Resektion der vorderen äußeren Wand des Oberkiefers einen für die Entfernung einer großen Nasenrachengeschwulst ausreichenden Zugang zu schaffen. 132 Fälle aus der Literatur werden zusammengestellt und größtenteils ausführlich referiert.

M. v. Brunn (Tübingen).

37) **Dunn.** Innominate aneurysm; simultaneous ligature of right carotid and subclavian arteries; recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Ein 40jähriger Mann bietet alle Zeichen eines Aneurysmas der Art. innominata dar mit einer umschriebenen, pulsierenden Geschwulst am linken oberen Sternalende bis fast zur Mitte des rechten Schlüsselbeines. Bettruhe, Jodkali, Diät blieben ohne Besserung. Daher Unterbindung der rechten Art. carotis communis über dem Musculus omohyoideus und der Art. subclavia im letzten Drittel. Das Aneurysma wurde kleiner, fester, weniger pulsierend; die Stimme besserte sich, obwohl die Lähmung des rechten Stimmbandes bestehen blieb; einige Schluckbeschwerden blieben, aber die heftigen Schmerzen schwanden völlig. Etwa 3 Monate später war eine weitere Abnahme aller Beschwerden eingetreten. Die Art. radialis zeigte ganz schwachen Puls, die Art. temporalis dagegen keinen; der rechte Arm war etwas kühler und schwächer als der linke. Verf. vermehrte die 1884 berichteten 35 Fälle von Unterbindung der Art. carotis und subclavia wegen Aneurysma der Art. innominata um zehn weitere, von denen vier in der Zeit vom 10. Tage bis zu 1 Jahre nach der Operation tödlich endeten, fünf sehr wesentlich und dauernd gebessert wurden; aber in keinem trat eine vollständige Verödung des Sackes ein. **Weber** (Dresden).

38) **Wilkinson.** Obstruction of the subclavian.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 14.)

Sonst völlig gesunde Frau geht im Laufe von 3 Wochen zugrunde unter zerebralen Erscheinungen und einer zunehmenden Gangrän des rechten Armes infolge Thrombose der Art. subclavia. Die Sektion ergab das Fehlen jeglicher Ursache für die Entstehung der Thrombosen in der Subclavia und Art. basilaris cerebri.

Weber (Dresden).

39) **H. Caubet.** Kyste hématique du cou, d'origine thyreoïdienne.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juni.)

C. entfernte eine über dem rechten Schlüsselbein auswärts von der V. jugularis sitzende, hühnereigroße Geschwulst. Dieselbe war hart, schmerzlos, beweglich, mit der Haut nicht verwachsen, und machte den Eindruck eines tuberkulösen Lymphoms. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch eine cystische Geschwulst von dem Aussehen eines proliferierenden Ovarialkystoms, dessen Zotten mit zylindrischem Epithel bedeckt waren.

Diese seltenen, aber schon von anderen (Tapie, Low) beschriebenen cystischen Geschwülste sind als papilläre Degenerationen verirrter Schilddrüsenkeime aufzufassen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

40) **Broca.** Fistule thyro-hyoïdienne congénitale.

(Revue française de méd. et de chir. 1905. Nr. 40.)

Die 5jährige Kranke zeigte in der Mittellinie des Halses, in der Mitte zwischen dem Zungenbein und dem oberen Rande des Schildknorpels, eine granulierende, eitrig-seröse Flüssigkeit absondernde Fistel, in welche die Sonde 1—2 cm tief eindrang. Dieselbe bestand seit den ersten Lebensmonaten des Kindes; im Alter von 4 Monaten hatte sich an der betreffenden Stelle ein »Abszeß« gebildet, welcher nach Inzision sich vorübergehend schloß, um dann von Zeit zu Zeit immer wieder aufzubrechen. Bei Schluckbewegungen machte die Fistel die Bewegungen des Zungenbeines mit, und man fühlte einen feinen Strang sich anspannen, welcher sich hinter dem Zungenbeine verlor. Es handelte sich also um eine angeborene Zungenbein-Schildknorpelfistel, einen persistierenden Canalis thyreoglossus. Vollständige Auslösung des Kanales und sorgfältige Ablösung vom Ansatz am Zungenbeine. Da jedoch diese Ablösung technisch schwierig ist und zurückgelassene Reste häufig zu Rezidiven führen, so reseziert B. ausgedehnt das Zungenbein mit, indem er es beiderseits an der Basis der großen Zungenbeinhörner durchtrennt. Irgendwelche funktionelle Störungen sah er hiernach niemals. **Mohr** (Bielefeld).

41) **Gautier** et **Kummer.** Note sur les bons effets de la greffe thyroïdienne (méthode de Cristiani) chez un enfant arriéré par défaut de développement de la glande thyroïde.

(Revue méd. de la Suisse romande 1905. Nr. 6.)

K. hat seit mehreren Jahren nach der Methode von Cristiani bei mehreren jugendlichen Individuen, welche an schweren Ausfallserscheinungen infolge Fehlens oder mangelnder Funktion der Schilddrüse litten, subkutane Gewebsimpfungen gemacht.

Von einem mit Kropf behafteten, jugendlichen, nicht über 25—30 Jahre alten Individuum werden mehrere kleine Stücke, vorher als normal festgestellt, dem Kropf entnommen und direkt unter die Haut des zu impfenden Kranken gebracht.

Es wird vorerst ein erfolgreich behandelter Fall mitgeteilt:

3 Jahre altes Mädchen, infolge Schilddrüsenmangels idiotisch, körperliche und geistige Entwicklung sehr gering; Myxödem nicht vorhanden. Das Fehlen des letzteren führt K. auf die hochgradige Magerkeit der kleinen Pat. zurück.

Es waren in diesem Falle zuerst 6 Monate lang mit Unterbrechung Schilddrüsentabletten, bereits mit einigem Erfolge, gegeben worden; die Kur mußte aber schließlich beendet werden, weil nervöse sowie Magen- und Darmstörungen fortgesetzt in die Erscheinung traten; aus diesem Grunde wurde nun nach Cristiani's Methode behandelt: 1 cm langer Schnitt am hinteren Rande der linken Achselhöhle, Einpflanzung von vier kleinen, einem mit Kropf behafteten 18jährigen Mädchen entnommenen, mikroskopisch normal befundenen Schilddrüsenstückchen unter die Haut; reaktionslose Einheilung.

Besserung schon nach Verlauf von 3 Wochen konstatiert; 8 Monate nach der Einpflanzung hatte das Kind körperlich und geistig enorme Fortschritte gemacht, so daß es sich in letzter Beziehung von anderen Durchschnittskindern kaum mehr unterschied. Die Schilddrüsenstückchen wurden nach 9 Monaten noch deutlich unter der Haut, eher kleiner als größer geworden, gefühlt.

Cristiani hat bei Tieren und Menschen noch nach 3 Jahren bzw. 14 Monaten in überimpften Knoten normales Schilddrüsengewebe gefunden.

Schwierig wird die Beschaffung des Impfmateriales sein; man hat nicht immer junge Individuen mit Kröpfen, auch nicht immer normales Gewebe in letzteren zur Verfügung, man müßte schließlich gegebenenfalls normale Schilddrüsen ins Auge fassen. **Kronacher** (München).

42) **Bosse.** Über einen klinisch interessanten Fall von Ösophaguskarzinom.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, daß er fast gar keine Stenosenerscheinungen machte. Die klinischen Erscheinungen verliefen sehr akut, begannen mit hohem Fieber und Auswerfen einer großen Eitermenge. Die Untersuchung der Lungen und Röntgendurchleuchtung ließen einen Abszeß in der linken Lungenspitze vermuten, doch fand man bei der Operation keinen. Nach 3 Monaten erfolgte der Tod. Es fand sich ein Speiseröhrenkrebs, der weit nach links hin gewuchert und in den linken Bronchus durchgebrochen war. **Haeckel** (Stettin).

43) **Kijewski.** Stich- und Schußwunden der Lunge.

(Gaz. lekarska 1905. Nr. 34 u. 35.)

1) Ein 22jähriger Mann erlitt am 28. September 1902 eine Stichwunde der linken Brustsseite in Linea axillaris anterior, zwischen der 4. und 5. Rippe. Hämothorax. 3 Stunden später Resektion der 5. Rippe. Es stürzte viel Blut heraus, eine blutende Stelle konnte jedoch nicht gefunden werden. Die Blutung stand, sobald die Lunge hervorgezogen wurde. K. nähte nun die Lunge an die Pleura an und tamponierte die Lungenhöhle. Genesung.

2) Stichwunde am 27. Mai 1905 zwischen dem rechten Schulterblatt und der Wirbelsäule. Pneumo- und Hämothorax. Zweimal wurde mit dem Potin'schen Apparate blutige Flüssigkeit und Luft aspiriert, dann am 31. Mai die 8. Rippe reseziert. Der Kranke starb am 1. Juli an Pleuritis septica.

3) Am 4. März 1901 versetzte sich ein 17jähriger Knabe eine Revolverschußwunde in Linea mammaria unter der linken 5. Rippe. Hämothorax; am 19. März wurden mit dem Potin'schen Apparate 1000 g blutiger Flüssigkeit aspiriert. Heilung.

4) Ein 20jähriger Mann versetzte sich am 14. Dezember 1901 eine Revolverschußwunde unterhalb der 5. Rippe links. Am 27. Dezember wurden 650 g blutiger Flüssigkeit aspiriert. Heilung.

5) Ein 21jähriger Bäcker erlitt am 13. Juni 1904 eine Schußwunde. Einschußöffnung links 6 cm vom Brustbeine zwischen der 1. und 2. Rippe, Ausschußöffnung zwischen 8. und 9. Rippe, 10 cm von der Wirbelsäule. Am 4. Juli Aspiration von 750 g blutiger Flüssigkeit. Genesung. **Bogdanik** (Krakau).

44) **O. Klauber.** Molluscum contagiosum als Tumor der Areola mammillae.

(Prager med. Wochenschrift 1904. Nr. 50 u. 51.)

Es handelte sich um ein 18 mm langes, 6 mm breites und hohes, derbes, breitbasig aufsitzendes und intensiv rot gefärbtes Geschwülstchen, das an der Grenze des Warzenhofes im unteren äußeren Quadranten der linken Mamma einer 37jährigen Frau beobachtet wurde und erst bei der mikroskopischen Untersuchung als Molluscum contagiosum erkannt werden konnte. Die übrige Körperoberfläche war frei davon. **Gutzeit** (Neidenburg).

45) **Levin.** Ein neuer Ruderapparat.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 3.)

L. beschreibt einen vom Medizinischen Warenhaus in Berlin hergestellten Ruderapparat. Seine Konstruktion ist insoweit neu, als ein auf Rollen befindlicher Wagen sich auf einem Rahmen, der an den Schwebelagerungsapparat nach Nebel erinnert, auf und nieder bewegt. Die Arbeitsleistung besteht darin, daß der Ruderer das Gewicht seines Körpers auf dem mehr oder weniger geneigten Rahmen in die Höhe windet und beim Herabrollen von dieser Höhe Widerstand leistet.

Der Aufbau dieses Apparates, der sich durchaus als haltbar erwiesen hat, ist aus dem Original und aus vier beigefügten Abbildungen zu ersehen.

Hartmann (Kassel).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 5. **Sonnabend, den 3. Februar.** **1906.**

Inhalt: Kausch, Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. (Original-Mitteilung.)

1) **v. Hansemann,** 2) **Lassar,** 3) **Deeks,** Zur Geschwulstlehre. — 4) **Thaler,** Einwirkung von Radium auf Hodengewebe. — 5) **Bell,** Milzbrand. — 6) **Lenormant,** Echinokokken der Bauchwand. — 7) **Perez,** Bauchkontusionen. — 8) **Bibergeil,** Lungenkomplikationen nach Bauchoperationen. — 9) **Granfeld,** Periodisches Erbrechen und Appendicitis. — 10) **Nordmann,** Appendicitis. — 11) **Hansen,** Angeborene Bruchsäcke. — 12) **Rouville** und **Martin,** Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren. — 13) **Moynihan,** Chirurgische Behandlung nicht bösartiger Magenleiden. — 14) **Delore** und **Leriche,** Magenkrebs. — 15) **Arce,** Zur Technik der Gastrostomie und Jejunostomie. — 16) **Cavaillon,** Dickdarmkrebs. — 17) **Pinatelle** und **Rivière,** Methodische Darmentleerung. — 18) **Dreesmann,** Cholecystitis und Cholangitis. — 19) **Andrews,** Kolohepatopexie.

R. Oehler, Laminektomie und Nervenwurzeldurchschneidung bei Neuralgie. (Original-Mitteilung.)

20) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 21) **Schlee,** Hämostase durch heiße Luft. — 22) **Lewisohn,** Zwei Karzinomfälle. — 23) **Morris,** Behandlung von Narben und Keloiden mit Finsenlicht. — 24) **Bevan,** Kupfersalze gegen Aktinomykose und Blastomykose. — 25) **Clemm,** Heftpflaster- und Bindenbehandlung der Bauchorgane. — 26) **Bayer,** Interparietaler Leistenbruch. — 27) **Chlumsky,** Nabelbruchband für Kinder. — 28) **Brauner,** 29) **La Mouche,** Magenkrebs. — 30) **Kablukoff,** Milzechinokokkus. — 31) **Moody,** Zur Gestalt der Leberoberfläche. — 32) **Heymann,** Pylephlebitische Leberabszesse. — 33) **Hansson,** Papillom der Gallenblase. — 34) **Lorenz,** Gallensteinoperation. — 35) **Wiesel,** Leberveränderungen bei Pankreaserkrankung. — 36) **Wrede,** 37) **Thayer,** 38) **Edling,** Pankreaserkrankungen. — 39) **Houzel,** Unterbindung der V. cava inf. — 40) **Sheen,** Unterbindung der A. innomminata. — 41) **Hessmann,** Unterbindung der A. subclavia. — 42) **Morestin,** Aneurysma des oberen Hohlhandbogens. — 43) **Clark,** Unterbindung der A. prof. fem.

Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II.

Von

Prof. Dr. **Kausch** in Schöneberg-Berlin.

Nachdem Conrad Brunner[1] die Frage der Versorgung des blind verschlossenen Duodenums bei der Magenresektion nach der

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 47. p. 1265.

II. Billroth'schen Methode angeschnitten und Steinthal[2] daraufhin sein Vorgehen dargelegt hat, möchte ich die Ansicht und Erfahrungen der Mikulicz'schen Schule über diese für die Technik der Magenresektion so überaus wichtigen Frage mitteilen; verfügt doch die Mikulicz'sche Klinik — jedenfalls der Zahl der ausgeführten Magenresektionen nach, 184 Fälle — über die größten Erfahrungen auf diesem Gebiete.

Auf der Mikulicz'schen Klinik war anfangs die sog. I. Billroth'sche Methode die vorherrschende. Als im Laufe der Jahre das Vorgehen ein immer radikaleres wurde, sowohl was die Magenwand selbst als was die regionären Lymphdrüsen anbetrifft, gewann die II. Billroth'sche Methode, resp. die auf der Mikulicz'schen Klinik bevorzugte Modifikation derselben, die Methode Krönlein-Mikulicz, immer mehr die Oberhand — genau so wie es wohl allen Chirurgen erging. Lange Zeit hindurch war sie bei uns geradezu die typische Methode, die auch dann angewandt wurde, wenn die I. Methode ganz gut ausführbar gewesen wäre.

Allmählich traten die Schattenseiten der Methode II aber immer deutlicher hervor. Zunächst erlebten wir öfters Peritonitis, die seltener eine lokalisierte blieb, weit häufiger eine diffuse, eitrige wurde. Sie ging in der Mehrzahl der Fälle mit einer Nahtinsuffizienz, Perforation des blinden Duodenalverschlusses, seltener mit einer Insuffizienz an anderer Stelle einher; in einem Teil der Fälle war die Peritonitis aber auch eine nicht perforative. Gemeinsam war den meisten Fällen, daß im Pankreasgewebe selbst operiert werden mußte. Wir gewannen so den Eindruck, als ob der austretende Pankreassaft eine wesentliche Rolle bei dem Auftreten der Bauchfellentzündung spielte, indem er einerseits den benachbarten, an sich nicht sehr haltbaren Duodenalverschluß andaut, andererseits auch sonst die Widerstandsfähigkeit des Peritoneums herabsetzt und das Aufkommen der stets reichlich vorhandenen Bakterien erleichtert.

Ferner erlebten wir aber auch nicht gar so selten bei der II. Billroth'schen Methode Zirkulationsstörungen des Magens. Es steht dies im Gegensatz zu unseren früheren Erfahrungen bei der Gastroenterostomia anterior antecolica mittels des Murphyknopfes. Während wir früher dabei niemals den Circulus vitiosus sahen[3], sind uns in den letzten Jahren nach der einfachen Gastroenterostomie gelegentlich solche Fälle vorgekommen, häufiger hingegen bei gleichzeitig ausgeführter Magenresektion. Daß nun jede Stauung in dem zur Gastroenterostomie führenden Schenkel das Platzen des Duodenalverschlusses erleichtern muß, liegt auf der Hand.

Die schlechten operativen Resultate bei der Magenresektion veranlaßten auch uns natürlich, darüber nachzudenken, wie wir dieselben

[2] Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 50. p. 1345.

[3] v. Mikulicz und Kausch, Verletzungen und Erkrankungen des Magens und Darmes. Handbuch der praktischen Chirurgie II. Aufl. p. 170.

bessern könnten. Daß wir der Technik des blinden Duodenalver-verschlusses gesteigerte Aufmerksamkeit und Sorgfalt zuwandten, ist selbstverständlich. Vor etwa $1^1/_2$ Jahren versuchten wir es mit der Drainage, schritten zu ihr aber nur in den Fällen, in denen ausgiebiger im Pankreasgewebe selbst operiert wurde. Den Jodoformgazestreifen (Zigarettdrain) legten wir allerdings niemals auf die Nahtstelle selbst, wie das Steinthal tut, sondern in deren Nähe, als Sicherheitsventil; wir glauben, daß ein an die Naht selbst geführter Tampon deren Festigkeit beeinträchtigt.

Die Tamponade besserte indes unsere Resultate nicht, im Gegenteil, verschlechterte sie. Wir erlebten Duodenalfisteln, die sich nicht nur, wie bei Brunner, sehr langsam schlossen, sondern die infolge des verdauungskräftigen Sekretes die Bauchhaut andauten, sich vergrößerten und schließlich durch Inanition zum Tode führten. Und trotz der Drainage sahen wir Peritonitis auftreten, auch nicht perforative.

So ließen wir von der Drainage bald wieder ab. Ich muß Steinthal widersprechen, wenn dieser es als allgemein geltende Regel hinstellt, wo die Abtrennung weit im Duodenum erfolgt usw., »den Duodenalstumpf mit darüber genähtem Netz und Gazetampon zu sichern.«

Was nun die von Brunner empfohlene extraperitoneale Einnähung des Duodenalstumpfes betrifft, so schließe ich mich den von Steinthal geäußerten Bedenken durchaus an. Der Stumpf muß auch bei Mobilisierung des wandständigen Bauchfelles gezerrt werden, die Naht muß leichter aufgehen, und Brunner hatte meines Erachtens Glück, wenn er keinen Pat. an Inanition verlor. Was beweist es denn, wenn bei einer Operation wie der Magenresektion eine Serie von 10 Fällen günstig verläuft! Wir hatten einmal eine Serie von mehr als 10 Fällen ohne einen Todesfall überhaupt, die vorhergehenden und folgenden Serien sahen dafür um so ungünstiger aus.

Der Standpunkt der Mikulicz'schen Klinik bei der Technik der Magenresektion war in letzter Zeit der folgende: Wo es irgend angeht, wird die erste Billroth'sche Methode mittels Murphyknopf ausgeführt. Eine die Vereinigung gefährdende Spannung wird nur höchst selten von der Anwendung der Methode abhalten; ist doch sogar mehrfach die Ösophagoduodenostomie bei der Magenexstirpation ausgeführt worden (Brooks-Brigham, Kocher). Auch ich habe vergangenen Sommer einen solchen Fall operiert:

Das Karzinom kroch in diesem Falle die kleine Curvatur entlang bis dicht an die Cardia, blieb etwa einen Finger vom Pylorus entfernt. Ich vereinigte Ösophagus und Duodenum mittels des Murphyknopfes, brauchte nicht einmal die Mobilisierung des Duodenum, die Kocher zur Gastroduodenostomie — ohne gleichzeitige Magenresektion — empfohlen hat, und die so überaus zweckmäßig ist, auszuführen. Einige Tage nach der Operation starb die Pat. an eitriger Peritonitis. Bei der Obduktion zeigte es sich, daß die Peritonitis keine perforative, nicht von einer Nahtinsuffizienz ausgegangen war: bei einem außerordentlich hohen Drucke des einfließenden Wassers hielt die Vereinigungsstelle absolut dicht und fest. Offenbar war die Peritonitis eine operative. Die Befestigung des Murphyknopfes

im Ösophagus war sehr schwer gelungen, es floß dabei ziemlich viel Ösophagusinhalt aus, der auch durch alles Tupfen und späteres Spülen offenbar nicht unschädlich gemacht wurde. Die Sektion bestätigte im übrigen, daß keine Spur von Magenwand mehr vorhanden war.

Die Vorteile der I. Billroth'schen Methode gegenüber der II liegen ja auf der Hand. Sie ist die physiologisch richtigere; es wird der blind endende Darmabschnitt vermieden, in dem es — bei der Nähe des Gallen- und Pankreasganges — trotz aller Vorsichtsmaßregeln doch immer leicht zur Überstauung und Nahtsprengung kommen wird.

Auf Grund der Borrmann'schen Untersuchungen, die bekanntlich an den resezierten Mägen der v. Mikulicz'schen Klinik angestellt wurden, gehen wir heute bei der Resektion an der duodenalen Seite natürlich weiter als früher. In der Regel brauchten wir aber bei unseren Fällen das Duodenum doch nicht vom Pankreas abzulösen; ist dies der Fall, erfolgt die Durchtrennung des Duodenums an ungenügend von Peritoneum bedeckter Stelle, dann sind auch wir entschieden für die II. Billroth'sche Methode resp. für die von Krönlein-Mikulicz. Die Naht nach der Abbindung des durchquetschten Duodenums[4] läßt sich in diesen Fällen meist besser als Längs- wie als Schnür-(Tabaksbeutel-)naht anlegen, wobei die nicht von Peritoneum bedeckte Stelle als der eine Endpunkt der Naht genommen und tiefer versenkt wird als die gegenüberliegende Stelle. Die Übernähung mit Netz wende ich bei der Magenresektion stets an, sowohl beim blinden Verschluß, als bei der Gastroenterostomie und der Magenokklusionsnaht.

Der Gastroenterostomie mittels des Murphyknopfes würde ich dann stets, um eine Stauung im zuführenden Schenkel zu vermeiden, die Enteroanastomose mittels Naht zufügen, was wir bisher nur gelegentlich, bei besonders schlaffem Magen taten; es erscheint mir dies zweckmäßiger als die Gastroenterostomia retrocolica mit kürzester Schlinge zu benutzen. Tamponieren würde ich nach meinen Erfahrungen nur ganz ausnahmsweise, wenn ich meiner Naht gar nicht traue.

---

1) **D. v. Hansemann.** Kritische Betrachtungen zur Geschwulstlehre.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 4.)

»Es ist heutzutage von Zeit zu Zeit notwendig, daß man die Ansichten über gewisse wissenschaftliche Fragen, zu denen man durch das Studium der Tatsachen gelangt ist, wiederholt, wenn man Wert darauf legt, daß sie nicht in ganz anderem Lichte erscheinen oder vollständig in Vergessenheit geraten.« Mit diesen Worten leitet v. H. seine hochinteressanten, von allgemein biologischen Gedanken beherrschten Betrachtungen zur Geschwulstlehre ein. Die biologische

[4] v. Mikulicz und Kausch, l. c. p. 148.

Grundlage für die Entstehung der Geschwülste ist, wie überhaupt für jede Erkrankung, die Wechselwirkung zwischen äußeren Reizen und Lebensvorgängen des Körpers. Sowohl die Reize als auch die Disposition des Körpers, auf die Reize zu reagieren sind graduell sehr verschieden.

Verf. weist auf die Ähnlichkeit hin, die besteht zwischen jeder Art Geschwulstbildung und der Knospenbildung bei Tieren und Pflanzen. Die Knospenbildung hängt innig zusammen mit der Regenerationsfähigkeit, die, bei niederen Tieren und Pflanzen in ausgiebigstem Maße vorhanden, den höheren Tieren fast vollständig verloren gegangen ist, da bei ihnen die lebenserhaltenden Funktionen des Organismus auf verschiedene eigens differenzierte Zellen resp. Zellgruppen verteilt sind, und die einzelne Zelle, losgelöst vom Verbande, nicht mehr lebensfähig ist. Eine Verletzung, die bei niederen Tieren und Pflanzen durch Knospung neue Organismen erzeugt, beschränkt sich bei den höheren Tieren auf die zur Wundheilung nötige Regeneration, schießt aber gelegentlich über das Ziel hinaus (z. B. Callus). Bleibt der Reiz ein permanenter oder intermittierender, so bleibt der physiologische Abschluß aus, es entsteht eine echte Geschwulst. Welche Art Geschwulst entsteht, ist wieder abhängig von der Zellart, die der Reiz getroffen. Embryonal versprengte Zellen reagieren leichter mit Geschwulstbildung als normale Körperzellen. Sind solche versprengte Zellkeime noch wenig differenziert, wie die Zellen niederer Tiere, so können, analog den Knospungsvorgängen, höchst komplizierte, den ganzen Körper oder Körperteile reproduzierende Geschwülste entstehen (Teratome, Embryome). Die normalen, differenzierten Körperzellen können dagegen nur Zellen ihres eigenen Zellcharakters erzeugen, Epidermis nur epidermoidale, Bindegewebe nur bindegewebige usw. Je höher die Zelle differenziert, um so geringer ist ihre Regenerationsfähigkeit und ihre Neigung zur Geschwulstbildung (quergestreifte Muskel-, Ganglienzelle).

Zum Zustandekommen einer bösartigen Geschwulst muß noch ein neuer Faktor hinzutreten: eine Anaplasie, eine prinzipielle Umwandlung des Zellcharakters, der sich äußert in einer zunehmenden Entdifferenzierung und einer größeren, selbständigen Existenzfähigkeit der Zelle, derselben nun schrankenloses Wachstum gestattend.

Diese allgemeinen biologischen Grundgedanken des Verf.s vereinigen die verschiedenartigsten Geschwulsttheorien. Mechanische Ursachen, chronische Entzündungen, individuelle, berufliche, erbliche Disposition kommen ebenso zu ihrem Recht, wie die Cohnheim'sche und Ribbert'sche Krebstheorie. Den Parasiten dagegen kann nur die Rolle als Erreger chronischer Reizzustände, keine spezifische Bedeutung zugeteilt werden.

K. Schultze (Bonn).

2) **O. Lassar.** Zum Stande der Krebstherapie.

(Vortrag mit Demonstrationen. Sitzung des Komitees für Krebsforschung vom 13. Dezember 1904.)

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 4.)

Auf Grund reicher persönlicher Erfahrung auf speziell dermatologischem Gebiete bespricht Verf. an der Hand zahlreicher Projektionen und Krankenvorstellungen zunächst die Möglichkeit, beginnende Krebse lediglich durch medikamentöse Darreichung von Arsen zur Ausheilung zu bringen. Besonders günstige Objekte sind frische, höchstens 6 Monate alte Hautkarzinome, doch werden auch fortgeschrittene Wucherungen in ihrem Wachstum gehemmt und teilweise zurückgebildet. Dann bespricht Verf. die Behandlung mit Radium- und Röntgenstrahlen, auf deren verschiedenem Verhalten, einerseits wucherndem, andererseits pathologischem, atypisch wucherndem Gewebe gegenüber die Möglichkeit der therapeutischen Anwendung und der Erfolge beruht. »Die epitheloiden atypischen Wucherungen fallen regressiver Zellmetamorphose und Degeneration anheim. Die normale Umgebung beschreitet den bisher verlegten Weg der Geweberegeneration.« Zur Radiumapplikation werden Kapseln mit höchstens 5 mg zu 3mal wöchentlichen je halbstündigen Sitzungen ohne jedes Risiko verwandt. Radium vermag zugängliche, oberflächliche Karzinome örtlicher Begrenzung zur vollkommenen Ausheilung zu bringen, während die Röntgenstrahlen auch ausgedehntere, alte ulzerierende Cancroide noch örtlich zur Ausheilung bringen und deshalb auch speziell bei den schwereren postoperativen Rezidiven des Brustkrebses von großem symptomatisch-therapeutischem Nutzen sind. Bei den vielen Mißerfolgen chirurgischer Therapie ist jede Anregung, auf anderem Wege dem Karzinom beizukommen, mit Freuden zu begrüßen.

K. Schultze (Bonn).

---

3) **W. E. Deeks** (New York). The present status of the treatment of malignant tumors, with especial reference to radiotherapie.

(Amer. journ. of surg. 1905. November.)

Allgemeine Gesichtspunkte über moderne Geschwulstbehandlung, die aber zum Teil einer strengen Kritik nicht stand halten dürften. Wenn Verf. die Behandlung des Krebses in Parallele zu der der Tuberkulose stellt und glaubt, durch allgemeine Körperkräftigung die vis medicatrix naturae heben zu können, so ist dem doch entgegenzuhalten, daß der Krebs und eine sicher parasitäre Infektion kaum verglichen werden können. Verf. betont, daß die klinische Bösartigkeit eines Krebses dem mikroskopischen Bilde desselben nicht zu entsprechen braucht, daß es auf die Lokalisation der Geschwulst ankommt, und meint, daß der chirurgische Eingriff von den Fachgenossen allzuoft für das Allheilmittel angesehen werde. Er preist statt des Messers Röntgenstrahlen und Radium an. Von ersteren betont er die günstige

Wirkung auf Schmerzen, Metastasenbildung und Drüseninfektion, insbesondere bei Brust- und sonstigen Oberflächenkrebsen, die Verzögerung im Weiterschreiten der Geschwulst, oft partielle Resorption, oft totale Heilung. Die Anwendung von Röntgenstrahlen vor und nach der Exstirpation durch das Messer scheint D. besonders rationell zu sein. Bei Uteruskrebs konnte er Blasensymptome und Schmerzen lindern, ohne aber Vernarbung zu erzielen, ähnlich bei Mastdarmkrebs. Für die Behandlung des letzteren empfiehlt er eine besondere Röhre mit langem, gläsernem Ansatzstück, durch welche er die Strahlen direkt auf die kranke Stelle leitet. Bei einem unexstirpierbaren Papilloma multiloculare des Bauches gelang die Ausschälung nach dreimonatiger Röntgenbehandlung, unter der das Allgemeinbefinden sich besserte und die Kachexie schwand, so daß bis jetzt vollkommene Heilung erzielt wurde. Bei Sarkomen hatte Verf. nur Erfolge beim lymphomatösen Typus (bis zu 15 Monaten).

Für die Technik der Röntgenbestrahlung empfiehlt D.: Quecksilberunterbrecher, mittelweiche und -harte Röhren in 9—15 Zoll Entfernung, 3—4mal wöchentlich eine Sitzung von 15—20 Minuten. Eine Dermatitis fürchtet er nicht.

Zur Unterstützung der Röntgenwirkung wird innerliche Darreichung von Fluorescin (wäßrige Lösung von Uranin 1 : 30) 6—10 Tropfen 3mal täglich nach dem Essen oder Chinin. bisulph. empfohlen, da sie die Absorption der X-Strahlen begünstigen sollen.

Für die Anwendung des Radiums werden große Aktivitäten empfohlen, z. B. für das karzinomatöse Uteruscavum 1—4 Stunden lang täglich wochenlang 1800000 Radioaktivitäten. Bei einem buchtig-ulzerierten Sarkom des Armes trat nach Einbringen einer Radiumtube (20000 Radioaktivitäten) nach einer Woche Verschwinden der Schmerzen und nach 2 Monaten starke Verkleinerung der sinuösen Kavität ein. Die 22jährige Pat. nahm 8 Pfund an Gewicht zu, und die Kachexie verschwand. Aber es trat auch ein Erysipel auf, nach dessen Abheilung die Höhlung sich erst ganz schloß.

Auch von Serotherapie des Karzinoms verspricht sich D. in Zukunft Erfolge. Wenn er aber, weil Pat. mit Brustkarzinomen fast immer Traumatismen beschuldigen, weil er nach chronischer Appendicitis, Gallensteinen, prolongierter Diarrhöe, Leucoplakia syphil. linguae, Stoß an die Lippe Karzinome sah, wenn er bei allen ähnlichen Fällen die prophylaktische Anwendung der Radiotherapie empfiehlt, so fragt man sich doch, wohin das führen soll. **Goebel** (Breslau).

---

4) **H. A. Thaler.** Über die feineren Veränderungen im Hodengewebe der Ratte nach Einwirkung der Radiumstrahlen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 576.)

T. stellte die Untersuchungen, über deren Resultat hier berichtet wird, im Laboratorium der Hochenegg'schen Klinik in Wien an.

Benutzt wurden weiße Ratten, denen ein Hode behufs der Bestrahlung in das Skrotalfach geschoben und mit einem Heftpflasterstreifen fixiert wurde, während der andere in der Bauchhöhle belassen wurde. Dabei mußten die Tiere in Rückenlage gehalten werden, wozu es leichter Äthernarkose bedurfte. Bestrahlt wurde mit einer Aluminiumkapsel, welche 60 mg Radiumbromid enthielt, und zwar jedesmal 2 Stunden lang. Nach verschieden langen Terminen, 1—70 Tage nach der Bestrahlung, wurden die Tiere getötet und ihre Hoden untersucht, das Gewicht der bestrahlten Hoden mit dem der nicht bestrahlten Paarstücke verglichen und namentlich die histologischen Veränderungen jener genau durchstudiert. Das Resultat geht dahin, daß die bestrahlten Hoden stark an Gewicht verlieren infolge einer von Tag zu Tag fortschreitenden Degeneration des samenbildenden Epithels der Hodenkanälchen. Die Details dieses Vorganges beschreibt der Autor genau und gibt auch fünf histologische Abbildungen hierzu. Blutungen fehlen ganz, auch das interstitielle Gewebe ist nur wenig verändert. Aber die samenbildenden Zellen verfallen cytolytischen und nekrobiotischen Prozessen und gehen schließlich durch Totalnekrose und Verkalkung ganz zugrunde; nur die Sertoli'schen Zellen erhalten sich. Dem entsprechend schrumpft der Umfang der leidenden Kanälchen allmählich zusammen. Der ganze Vorgang ist völlig analog dem auch bei Kryptorchismus oder seniler Atrophie usw. sich abspielenden Ruin des Hodengewebes, wobei stets die völlige Einbuße beweglicher Spermatozoen und deren Vorstadien der Schlußerfolg ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Bell.** A discussion on anthrax.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 14.)

Die zurzeit gegebene Behandlung des Milzbrandes in allen Formen ist die mit Sclavo's Antianthraxserum, die Verf. neben chirurgischen Maßnahmen (Exzision oder Kauterisation) stets anzuwenden empfiehlt. Er rät sogar an, in allen Fällen von Verdacht auf Milzbrandinfektion 40 ccm des Serums prophylaktisch und diagnostisch einzuspritzen und nötigenfalls dies zu wiederholen. — Mehrere Redner erkennen den hohen Wert des Serums, besonders in Fällen von Anthracaemia mit schwierig zu beeinflussendem oder unbekannt gebliebenem Primäraffekt an, betonen aber daneben die Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe, sobald sie irgend möglich sind. **Weber** (Dresden).

---

6) **Ch. Lenormant.** Les kystes hydatiques de la paroi abdominale.

(Revue de chir. Ann. XXV. Nr. 10.)

Gegenstand der Arbeit bilden die Echinokokken der Bauchwand, insoweit sie als solitäre Cysten dem Bereiche der Muskulatur oder dem präperitonealen Gewebe angehören. Beide haben ihre Eigen-

tümlichkeiten, die man zwecks richtiger Diagnosenstellung kennen muß. In der Tat ist bisher in der Minderzahl die Echinokokkennatur der entsprechenden Geschwulst erkannt worden.

Die 21 von L. gesammelten Fälle verteilen sich auf Muskeln und präperitonealen Sitz wie 16 : 5; die in den Muskelschichten befindlichen Geschwülste sind relativ klein, oft sehr hart, und deshalb häufig für Fibrome gehalten; Hydatitenschwirren ist selten nachzuweisen; im übrigen zeigen sie dieselben Eigentümlichkeiten wie gutartige, leicht abgrenzbare Geschwülste der Bauchwand bezüglich der Verschieblichkeit; nur sitzen die Fibrome, die fast nur beim weiblichen Geschlecht angetroffen werden, meist median, die Cysten vorwiegend lateral oder hinten.

Im Gegensatze zu den Muskelechinokokken sind die präperitonealen groß, sogar enorm, schwer zu begrenzen; sie beherbergen auffallende Massen von Tochterbläschen, bis 4500; Schwirren ist nur einmal mitgeteilt. Daher leichte Verwechslung mit Ascites, Kystomen, event. abgekapselten tuberkulösen Peritonitiden.

Die kleinen Muskelechinokokken wird man fast immer leicht ausschälen können, was bei mäßig entwickelten präperitonealen versucht, bei sehr großen unmöglich werden kann; hier begnüge man sich event. mit Einschnitt, Entleerung und Drainage.

Christel (Metz).

---

7) **Perez.** Sulle contusioni dell' addome contributo sperimentale e considerazioni cliniche.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 4.)

Eine sehr umfangreiche (über 100 Seiten umfassende) Experimentalstudie und Monographie über die Frage der Bauchkontusionen. Die Arbeit berichtet über die Resultate von mehreren Hundert Tierexperimenten und schließt mit einem Literaturverzeichnis von ca. 140 Nummern.

Beim Anstellen seiner Experimente fand Verf. die Hauptschwierigkeit in der Abmessung der Gewalt, mit der ein Trauma gesetzt wurde. Er konstruierte deshalb ein hammerähnliches Instrument, das mit einer Feder und einem Zeiger in Verbindung war und die Messung der einwirkenden Gewalt in einem Spielraum von 1—100 kg gestattete.

Aus den Resultaten seiner Versuche sei folgendes angeführt.

Wenn eine stärkere Gewalt auf die Regio meso- oder hypogastrica einwirkt, so kommt es stets zu Darmzerreißungen. Beim Hunde genügt hierzu eine einwirkende Gewalt von 40—60 kg; bei kontrahierten Bauchdecken muß diese entsprechend stärker sein. Setzt das Trauma an umschriebener Stelle ein, so ist die Wirkung eine intensivere. Ebenso ist die Wirkung des Traumas abhängig von dem Füllungszustande des Darmes und der Art der Füllung (Gase, feste oder flüssige Massen). Nach querer, vollkommener Durchtrennung des Darmes kann beim Hunde ein Verschluß der Wunde eintreten. Je nach der Intensität der sich um die Darmwunde kontrahierenden

Muskulatur dauert es verschieden lange, bis es zur Ausbildung einer Peritonitis kommt.

Was die Symptome der Eingeweideverletzungen anlangt, so ist der Chok abhängig von der Ausdehnung des einwirkenden Traumas. Vor allem wichtig erscheint dem Verf. die oberflächliche, frequente Atmung, die längere Zeit beobachtet wird. Die übrigen bekannten Zeichen sind von geringerer Bedeutung, da sie nicht konstant auftreten, abgesehen von der bedeutungsvollen Kontraktion der Bauchmuskeln.

Die Indikationsstellung des Verf.: möglichst frühzeitige Operation, eventuell Probelaparotomie, bringt keine neuen Gesichtspunkte.

Engelmann (Dortmund).

---

8) **Bibergeil.** Über Lungenkomplikationen nach Bauchoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 2.)

Bei 3909 Laparotomien, Hernien eingeschlossen, kamen in Körte's Abteilung 283 — 7,2% — Lungenkomplikationen vor. 9,8% fallen dabei auf die Bauchschnitte oberhalb des Nabels, 6,6% auf die unterhalb desselben. Bei Laparotomien, bei welchen der Schnitt vom Processus ensiformis bis zur Symphyse reichte, wurden 6,4% solcher Lungenerkrankungen beobachtet. Die mittleren Lebensalter zwischen 40 und 50 Jahren neigten am meisten zu Pneumonien, besonders des rechten Unterlappens. Ein besonderer Einfluß des Wundverlaufes auf die Entstehung der Lungenentzündung war nicht zu beobachten. Die postoperative Pneumonie tritt bei aseptischem Wundverlauf in gleicher Weise ein wie bei einem mit Eiterung verbundenen. Schon vor der Operation vorhandene Lungenveränderungen, Bronchitis, Emphysem, disponieren leicht zur Entstehung einer Pneumonie. Wichtig ist auch die Abkühlung des Pat., welche an sich schon durch die Narkose veranlaßt wird. Andere Autoren legen indessen auf diesen Punkt mehr Gewicht als es Verf. tut. Von den Narkoticis führt der Äther leicht zu Reizung der Luftwege und zu folgender Lungenerkrankung; indessen wichtiger als die Art des anzuwendenden Narkotikums ist das in tiefer Narkose eintretende Erlöschen der Reflexe, welches leicht auch Aspirationspneumonie zustande kommen läßt, zumal wenn der Organismus des Betäubten eine verminderte Widerstandsfähigkeit besitzt. Von den Momenten, die nach der Operation eine Lungenentzündung hervorrufen können, ist in erster Linie die Schonung der durchtrennten Bauchmuskeln zu nennen, die ihrerseits eine mangelhafte Lungenlüftung im Gefolge hat. Die direkte Beteiligung des Zwerchfells spielt wohl eine geringere Rolle als die ausgiebige Spaltung der Fascienverbindung in der Mittellinie des Epigastrium. Oft wird auch durch die nach dem Eingriff einsetzende Herzschwäche und ungenügende Blutzirkulation der Infektion der Weg für den Ausbruch der Pneumonie eröffnet. Die Tatsache einer häufigeren Beteiligung des rechten Unterlappens an Pneumonien wird dadurch erklärt, daß

das aspirierte Sekret leichter in den weiteren rechten Bronchialbaum fließt als in den linken. Die Entstehung einer postoperativen Pneumonie durch Verschleppung von Infektionserregern, die bei der Operation in die Bauchhöhle gekommen sind, auf dem Gebiete der Lymphbahnen hält B. für zweifelhaft. Seine eigenen Erfahrungen sprechen nicht dafür. Namentlich scheint ihm Kelling's Annahme unwahrscheinlich, daß eine Lungenentzündung durch Vermittlung einer Pleuritis entsteht. Für die Prophylaxe ist es wichtig, vorhandene Lungenkomplikationen vor einem chirurgischen Eingriff zur Heilung zu bringen, vor Operationen Mund und Rachen gründlichst zu reinigen. Während der Narkose soll aller Mundschleim abfließen. Alle freiliegenden Teile der Bauchhöhle, an denen nicht operiert wird, sind durch Kompressen vor Wärmeverlust zu schützen. Die Pat. sollen nach dem Eingriff zu ausgiebiger Atmung angehalten und sobald es der Zustand der Wunden gestattet, aus dem Bett gebracht werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) M[lle.] **C. Granfeld.** Des vomissements périodiques chez les enfants et de leurs rélationes avec l'appendicite.

Thèse de Paris, 1905.

Die Frage des Zusammenhanges zyklischer Brechanfälle mit Entzündungen des Wurmfortsatzes ist noch nicht vollständig klargelegt, auch wird ein solcher Zusammenhang von manchen vollständig geleugnet. Comby ist ein Hauptverfechter der Anschauung, daß viele Fälle von Appendicitis durch zyklisches Erbrechen in Erscheinung treten, und daraufhin konnte G. 14 Fälle aus verschiedenen Krankenhausabteilungen zusammentragen, wo ein solcher Zusammenhang nachgewiesen wird. Durch genaue Untersuchung konnte die Diagnose gestellt und durch die vorgenommene Operation bestätigt werden.

E. Toff (Braila).

---

10) **O. Nordmann.** Zur Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgeerkrankungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1 u. 2.)

Zahlreich sind die Arbeiten, die von Tag zu Tag über die Perityphlitis erscheinen. Nicht aus jeder hat unsere Wissenschaft und Kunst eine Förderung erfahren. Aber man wird es mit Freuden begrüßen, wenn, wie hier, das ungeheuere Material von 1522 Fällen aus der Abteilung eines der kritischsten Chirurgen wie Körte eine umfassende, detaillierte und lehrreiche Bearbeitung erfährt.

Was zunächst die Ätiologie der Appendicitis anlangt, so ist Verf. der Ansicht, daß die Thrombose der Mesenterialvenen bei ihr stets etwas Sekundäres ist und nicht — wie v. Brunn behauptet — die Krankheit einleitet. Bei schweren Entzündungen des Wurmfortsatzes und tiefgreifenden Zerstörungen desselben wurden fast stets Wegstörungen durch Stenosen, Knickungen und Fremdkörper gefunden.

*

Letztere wirken von vornherein wohl mehr durch die Verlegung des Sekretabflusses als durch Druck. In dem verengten Wurmfortsatz treten darmverschlußähnliche Erscheinungen auf, welche auch die Geschwüre hinter der Stenose als Kocher'sche Dekubitalgeschwüre erklärlich machen. Auch wirkliche Fremdkörper, wie Apfelkerne usw., spielen als ätiologische Schädigung nur dann eine Rolle, wenn sie durch Schleimanlagerung die Lichtung verengen. Ein Trauma mag wohl nicht imstande sein, einen gesunden Wurmfortsatz in Entzündung zu versetzen, doch kann es bei bestehenden lokalen Erkrankungen des Wurmfortsatzes zum Ausbruch der Symptome Veranlassung geben; allerdings müssen die Erscheinungen direkt im Anschluß an die Verletzung auftreten. Im allgemeinen nimmt N. eine Vermehrung der schweren Appendicitisfälle in den letzten Jahren an.

Pathologisch-anatomisch werden die Fälle eingeteilt in die A. simplex und destructiva. Alle Formen der letzteren veranlassen die gleichen Veränderungen in der Peritonealhöhle, sind also auch gleichartig zu bewerten, so daß eine Trennung in die ulzeröse, perforative und gangränöse Wurmfortsatzentzündung hinfällig ist. Von den Symptomen wird der reflektorischen Spannung der Bauchdecken bei der Untersuchung ein besonderes Gewicht beigelegt, zumal es oft das einzige objektive Zeichen des Anfalles ist. Gewicht ist auch auf den äußeren Eindruck, Gesichtszüge usw. zu legen. Puls und Temperatur geben zu beachtende, aber unsichere Symptome. Die Leukocytenzählung leistet gerade da nichts, wo man sie am meisten gebrauchen könnte, nämlich am Anfange der Erkrankung. Bei hoher Zahl fand N. einen ganz gesunden Wurmfortsatz, und andererseits wurde bei Vermehrung der weißen Blutkörperchen die Operation oft ohne Schaden hinausgeschoben, während bei einer Reihe von Fällen ausgedehnte Eiterbildung und Abszedierung keine hohe Leukocytose im Gefolge hatte. Auch wirkte bei geringer Leukocytenzahl bei bestehender allgemeiner Peritonitis der chirurgische Eingriff im Gegensatz zu Sonnenburg's Anschauungen häufig lebensrettend. Die anatomische Form der Appendicitis, die Prognose und der Verlauf eines Falles ist nicht aus dem klinischen Bilde von vornherein zu diagnostizieren, darin kann N. die Erfahrungen anderer Chirurgen bestätigen.

Von 80 Pat., welche in den ersten 3 Tagen mit einer auf den Wurmfortsatz beschränkten Entzündung operiert wurden, starb keiner. Von 57 innerhalb dieser Zeit operierten und schon an Peritonitis leidenden Kranken starben dagegen 16 = 27,9%. In zehn Fällen der ersten Kategorie war die Rekonvaleszenz nicht ganz ungestört. Viermal gab es trotz Frühoperation eine Kotfistel, einmal auch einen subphrenischen Abszeß. Im ganzen erlauben die vorliegenden Erfahrungen den Schluß, daß die Exstirpation des Wurmfortsatzes am ersten und zweiten Tag ein nahezu ungefährlicher Eingriff ist, so lange es sich um eine umschriebene Perityphlitis handelt. Auch bei der Radikaloperation am 3. Tage ist die Prognose noch gut. Es stellen sich aber da schon in der Rekonvaleszenz einige Störungen ein, welche

hauptsächlich in der Insuffizienz der Naht ihren Grund haben. Die Frühoperation ist ein durchaus berechtigter Eingriff, da man nicht imstande ist, mit einer konservativen Behandlung die Ausbreitung einer Peritonitis zu verhindern, und weil man dies drohende Ereignis nicht voraussehen kann.

Bei den in den ersten 3 Tagen mit Peritonitis behafteten und operierten Pat. fand sich innerhalb der ersten beiden Tage selten eine schwerwiegende Darmlähmung, am 3. Tage schon in der Hälfte der Fälle. Bei Bauchfellentzündung wird die Stumpfnaht oft schon, auch wenn am 2. Tag operiert worden war, insuffizient. Manchmal änderte eine am 5. oder 6. Tage auftretende Kotfistel das Krankheitsbild sehr zu seinen Gunsten. Man soll deshalb auch mit einer Enterostomie bei Darmlähmung nicht zu lange warten. Von Komplikationen werden auch hier der subphrenische Abszeß, die Nephritis und Bronchitis erwähnt. Ein Überblick über das ganze einschlägige Material ergibt, daß bei der allgemeinen Bauchfellentzündung ein operativer Eingriff innerhalb der ersten beiden Tage die Hälfte der Gefahren bietet als am dritten. Jede Stunde muß als kostbar angesehen werden.

Bei der differentiellen Diagnose sind alle wichtigen Krankheiten der Annexe, der Gallenblase, des Magens usw. in Betracht gezogen. Eingehend ist dann die Technik der Operation, die Art der Drainage und die Behandlung mit Kochsalzspülungen besprochen. Bei umschriebener Peritonitis wird die Bauchwunde mittels Etagennaht geschlossen, so daß nur die Drainageöffnungen bleiben. Bei starker Menge jauchigen Eiters werden nur einige durchgreifende Nähte gelegt und zwischen die Wundränder eine Jodoformgazekompresse eingeschoben. Ebenso wird bei diffuser Bauchfellentzündung das Hauptgewicht auf sorgfältige Drainage gelegt. Außerdem werden bei letzterer Erkrankung Kochsalzinfusionen und Koffeininjektionen verabreicht. Frühzeitig wird die Darmperistaltik durch einen Einguß angeregt.

Bei Operationen im intermediären Stadium wegen abgesackter perityphlitischer Abszesse ist auf die Exstirpation des Wurmfortsatzes zu verzichten, da die Intervalloperation einfacher ist. Rezidive kommen natürlich bei bloßer Inzision häufiger vor, wenn die Kranken die operative Entfernung des Wurmfortsatzes nach Abheilung des Abszesses ablehnen. Indessen ist die Zahl der Todesfälle bei Radikaloperation im intermediären Stadium bedeutend größer als bei bloßer Inzision des Eiterherdes (8 : 0,5), und es entstehen danach viel öfter Kotfisteln. Bei Abszessen im kleinen Becken wurde sehr oft nach Rotter durch den Mastdarm inzidiert. Abszesse im Douglas bei Frauen sind nur dann durch die Scheide zu eröffnen, wenn sie in der Medianlinie erreichbar sind.

Bei diffuser Peritonitis nach dem 3. Tage operiert Körte nicht in jedem Falle, da nach seiner Ansicht der Standpunkt falsch ist, daß solche Fälle nur durch Operation geheilt werden könnten. Nach den Erfahrungen, die auf seiner Abteilung gemacht wurden, erholt sich eine Reihe dieser Pat. bei konservativer Therapie, und N. glaubt, daß

die Zahl der Todesfälle noch größer gewesen wäre, wenn alle Pat. mit diffuser Bauchfellentzündung im intermediären Stadium operiert worden wären, da bei hochgradiger Darmlähmung die Aussichten auf Erfolg der Laparotomie wesentlich sinken. Deshalb widerrät er, direkt im Kollaps zu operieren. So sehr es bei der Operation im Frühstadium auf Stunden ankommen kann, so wenig darf man sich bei Peritonitis im intermediären Stadium mit dem Eingriff überstürzen. Der Wurmfortsatz wurde bei den Fällen dieser Gattung nur entfernt, wenn er leicht erreichbar war. Mit der Länge der Zeit seit Krankheitsbeginn verminderte sich die Aussicht der Exstirpationsmöglichkeit. Am wichtigsten ist deshalb die Prophylaxe der Peritonitis, und diese ist gleichbedeutend mit der Frühoperation.

Bezüglich der chronischen Appendicitis wird der Standpunkt vertreten, daß man nach einmaligem Anfall operieren soll; denn in 75% der Fälle, die mit rezidivierender Perityphlitis tödlich endeten, war nur ein Anfall vorausgegangen. Im großen und ganzen soll man 6 Wochen nach Ablauf eines Anfalles mit der Intervalloperation warten, da man vor dieser Frist noch oft genug Komplikationen und Eiterherde antrifft. Die Mortalität der Intervalloperationen betrug bei 625 Fällen nicht ganz 1%.

Zum Schluß sind noch einige interessante Fälle von Karzinom und Tuberkulose des Wurmfortsatzes sowie eine Reihe von Darmverschlüssen durch Stränge infolge von Perityphlitis beschrieben, welche das ganze Krankheitsbild der Wurmfortsatzerkrankungen vervollständigen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **Hansen.** Über die Häufigkeit angeborener Bruchsäcke.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 2.)

H. berichtet über die Befunde bei 79 Leistenbruchoperationen, die er bei Angehörigen der kaiserlichen Marine, lauter jugendlichen Individuen mit noch nicht lange bestehendem Leiden, vorgenommen hat. Fast 40% der Pat. hatten das letztere überhaupt erst seit einem Monat, ein Material, wie es wohl wenig Chirurgen verzeichnen können. Was zunächst die äußeren Leistenbrüche, im ganzen 68, anlangt, so ward ein traumatischer Bruch nicht beobachtet. Bei 25 Pat. wurde kein besonderer Anlaß für die Entstehung der Hernie angegeben, während bei 42 anderen mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden mußte, daß ein ganz bestimmter Vorfall bei dem Zustandekommen derselben wesentlich mitgewirkt hatte. Dabei wird es als gleichgültig betrachtet, ob der Bruch durch einen Ruck bis zur Apfelgröße herausgetrieben wird oder nur ein kleines Stück innerhalb des Leistenkanales weiterrückt. Als fertiger Bruch ward jeder auch noch so kleine in den Leistenkanal eintretende Bruch angesehen. Die Gewalteinwirkung bestand in allen Fällen in einer plötzlichen starken Anspannung der Bauch- oder Rumpfmuskulatur. Alle betroffenen Leute gaben übereinstimmend an, daß sie im

Augenblick des Vorfalles einen mehr oder weniger heftigen Schmerz in der Gegend des inneren Leistenringes empfanden, der oft nur sehr kurz andauerte. Geringe Druckempfindlichkeit bestand bei mehreren Leuten, erhebliche Schmerzhaftigkeit nur einmal. Meist waren Zeugen für den Unfall vorhanden, und fast ausnahmslos ward sofortige ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Auch ergaben die bei der Marine häufigen ärztlichen Untersuchungen, daß die Leute vorher gesund waren. In dem Inhalt der ja meist kleinen Brüche spielte das Netz die Hauptrolle. Verf. glaubt, daß dem letzteren die Hauptarbeit beim Gangbarmachen einer engen Bruchpforte zufällt, besonders bei kongenitaler Anlage, und daß erst später der Darm nachfolgt. Merkmale, welche auf Angeborensein des Bruches schließen ließen, wie Fingerform und Enge des Bruchsackes, Dünnwandigkeit, Fehlen von subserösem Fett, Einschnürungen und Verdickungen usw., wurden in fast allen Fällen beobachtet.

Daß der äußere Leistenring für die Frage der Bruchanlage von keinerlei Bedeutung ist, wie dies neuerdings viele Autoren behaupten, kann auch Verf. bestätigen. Für den inneren Leistenbruch hat die Widerstandsfähigkeit der Bauchdecken eine viel größere Bedeutung als für den äußeren; doch meint H., daß die anatomische Grundlage die spätere Hervortreibungen begünstigt, also das Vorkommen einer angeborenen Anlage zu innerem, direktem Leistenbruch zu wenig berücksichtigt wird; denn er fand in allen Fällen von Hernia inguinalis interna zwischen der Plica epigastrica und dem Rectusrand einen bis zu $3^1/_2$ cm breiten Raum nur von der Fascia transversa und dem mit etwas subserösem Fett überzogene Bauchfell ausgekleidet. Bei diesem Zustand wird auch die kräftigste Muskulatur nicht imstande sein, die Bruchpforte zu schließen und Peritonealvorstülpungen zu verhindern. Verf. glaubt auf Grund vorstehender Auseinandersetzungen, daß bei seinen Leistenbrüchen die überwiegende Mehrzahl auf der Basis von vorhandenen Bruchsäcken, und zwar angeborenen, ganz oder zum Teil offen gebliebenen Scheidenfortsätzen entstanden ist. Als langsam entstanden muß man die geringere Zahl derjenigen Bruchsäcke ansehen, bei denen Zeichen für Kongenitalität vermißt werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

12) **Rouville** et **Martin** (Montpellier). Diagnostic de la perforation des ulcères du duodénum et de l'estomac avec l'appendicite. Origine brunnerienne de certaines ulcères duodénaux.

(Arch. prov. de chir. 1905. Nr. 5.)

Verff. nehmen für eine Reihe von Duodenal- und Magengeschwüren als Ursache bezw. Vorläufer an ein Adenom vom Bau der Brunnerschen Drüsen und hervorgegangen aus diesen. Ihr Wachstum bedinge einen Schleimhautschwund, Atrophie und Auflockerung der

Muskularis und schaffe so einen Locus minoris resistentiae für die Einwirkung des Magensaftes. Mikroskopische Bilder stützen die Theorie.

Bezüglich der für die Wahl des Laparatomieschnittes wichtigen Differentialdiagnose, ob es sich um Perforationsperitonitis bei Magen- oder Duodenalgeschwür oder um Perforation eines kranken Wurmfortsatzes handelt, haben Verff. eine tabellarische Zusammenstellung gemacht, die über 23 operierte Fälle von perforiertem Magen- bezw. Duodenalgeschwür berichtet. Sie schließen daraus, daß in der Mehrzahl der Fälle es möglich ist, eine Appendixperforation auszuschließen, wenn ein Individuum bei voller Gesundheit, womöglich nach völliger Ruhe, ganz plötzlich einen sehr heftigen Schmerzanfall im Bauche empfindet; das jähe Einsetzen und die Intensität des Schmerzes spreche für Magen- oder Duodenalgeschwür, nicht so sehr die Lokalisation desselben.

Stolper (Göttingen).

---

13) **Moynihan.** On the surgical treatment of the non-malignant diseases of the stomach.

(73. Versammlung der Britisch medical association.)

(Brit. med. journ. 1905. September 30.)

Die vier Indikationen zum chirurgischen Eingriff bei nicht bösartigen Magenerkrankungen sind das perforierende Geschwür des Magens oder Duodenums, die Blutung, das chronische Geschwür, der Sanduhrmagen.

Je nach der Schnelligkeit und Vollständigkeit der Perforation unterscheidet M. den akuten, subakuten, chronischen Durchbruch und erklärt damit die sehr wechselnden klinischen Erscheinungen, die eine Perforation begleiten oder ihr folgen können. Für die chirurgische Behandlung der Perforation ist es nicht nötig, das Geschwür zu exzidieren; bei einem Geschwür in der Nähe des Pylorus ist die Gastroenterostomie angezeigt.

Beim akuten Geschwür kann die Blutung das erste Symptom sein: sie kommt plötzlich, unerwartet, reichlich, wiederholt sich selten, hört meist von selbst wieder auf. Beim »chronischen Geschwür« gibt es vier Arten von Blutungen: 1) die latente Hämorrhagie, die erst mikroskopisch im Stuhl oder Mageninhalt entdekt wird; 2) die intermittierende Hämorrhagie mit reichlichem Blutverlust alle 2—3 Monate und fortdauernder Anämie; 3) schwere Hämorrhagien in schneller Wiederholung mit großer Lebensbedrohung; 4) schwerste Hämorrhagien aus großen Gefäßen mit schnellem Tode. — Wenn es — in seltenen Fällen — möglich ist, soll man das blutende Gefäß unterbinden oder das blutende Geschwür ausschneiden. In den weitaus meisten Fällen beseitigt die Gastroenterostomie schnell und sicher die Blutungsgefahr.

Beim chronischen Geschwür kann die Diagnose auch bei der Operation schwierig sein. Verwechslung mit Krebs liegt oft sehr nahe. Nach langer Erfahrung glaubt M. jetzt mit Sicherheit die Unterscheidung treffen zu können und bespricht kurz die trennenden

Merkmale. — Für die Diagnose der Lage des Geschwürs kommen in Frage der Zeitpunkt des Schmerzeintrittes nach der Nahrungsaufnahme und besonders die Örtlichkeit des Schmerzes bei Betastung. Das chronische Geschwür ist nach M. eine sichere Anzeige für Ausführung der Gastroenterostomie oder der Gastroduodenostomie nach Kocher oder Finney.

Der Sanduhrmagen ist viel häufiger, als man bisher angenommen hat, und wird bei mangelhafter Besichtigung des Magens oft übersehen. M. operierte 19mal wegen Sanduhrmagen. Um ihn nicht zu übersehen, muß man den ganzen Magen von Cardia bis Pylorus sich zugängig machen. Es ist vorgekommen, daß man bei lückenhafter Untersuchung die Magendarmfistel an der als ganzen Magen angesehenen Pylorustasche angebracht hat, selbstverständlich mit völligem Fehlerfolg! — Einmal traf M. eine Dreiteilung des Magens an als Folge zweier Narbeneinschnürungen.

Am Schluß der Arbeit verbreitet sich M. ausführlich über die Diagnose des Sanduhrmagens. Sie ist möglich, wenn man auf folgende Zeichen achtet: 1) Verlorengehen eines Teiles der Spülflüssigkeit beim Wiederaushebern (Wölfler). 2) Plötzlicher Nachschub von zersetzten, fauligen Resten, nachdem die Spülflüssigkeit bereits klar abgeflossen war (Wölfler). 3) Paradoxe Dilatation von Jaworski: Magenplätschern nach anscheinend vollständiger Entleerung. 4) Deutliche Anfüllung zweier Säcke nacheinander beim Aufblähen (v. Eiselsberg). 5) Gurrende, zischende Geräusche bei der Aufblähung an der Stenose (v. Eiselsberg). 6) Sehr laute Tympanie nur im oberen Magenteil bei der Aufblähung (Moynihan). 7) Furche zwischen den beiden aufgeblähten Säcken (Schmidt-Monnard, Eichhorst).

An Operationen kommen beim Sanduhrmagen in Betracht: die einfache Gastroenterostomie, die doppelte Gastroenterostomie, die Gastroplastik, die Gastroanastomose, die partielle Gastrektasie.

Weber (Dresden).

---

14) **H. Delore** et **R. Leriche.** Du cancer de l'antre pylorique.

(Revue de chir. Ann. XXV. Nr. 10.)

Aus den verschiedenen Formen der Magenkrebse heben Verff. das bereits von Bard und Hayem wohlcharakterisierte Bild des Carcinoma praepyloricum als mit klinischen Besonderheiten ausgestattet und vom gewöhnlichen Pyloruskarzinom wohl verschieden hervor. In etwa 2 Jahren konnten sie unter 30 an Magenkrebs Leidenden 19 als solche mit Krebs des präpylorischen Teiles behaftete erkennen. Der Verlauf ist mit einer gewissen Regelmäßigkeit der, daß nach längerer Zeit scheinbar dyspeptischer Beschwerden, wobei sogar Hyperazidität bestehen kann, die kaum etwas anderes als zuletzt eine tastbare Geschwulst ohne besondere Schmerzhaftigkeit erkennen lassen, plötzlich die sekundäre Stenose sich entwickelt; zuerst tritt wohl morgentliches Erbrechen wäßriger Massen auf; die Stenose läßt sich als sekundär am Hochstand der großen Kurvatur und der relativ geringen Ektasie

erkennen. Gegenüber Bard, der für diese Lokalisation des Magenkrebses die Jejunostomie empfiehlt, glauben Verff. besonders die günstigen Aussichten einer Resektion betonen zu sollen, weil verhältnismäßig geringe Verwachsungen bis zuletzt eine ausgiebige Gastrektomie ermöglichen. Selbst bei Anwesenheit von Drüsen im Lig. gastrocolic. und in der kleinen Kurvatur stehe man nicht von dem Versuche der radikalen Heilung ab, da die Ektomie selbst palliativ mehr als die Gastroenterostomie (von den Verff. nach bewährten Mustern einfach als »la gastro« bezeichnet) zu leisten vermag.

Von den 8 mitgeteilten Krankengeschichten betreffen 7 Fälle von Ektomie mit 1 Todesfall; 1 wurde mittels Knopfes anastomosiert.

Christel (Metz).

---

15) **J. Arce.** Un nouveau procédé commun à la gastrostomie et à la jéjunostomie.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 9.)

Der Umstand, daß für 62 Jejunostomien etwa elf verschiedene Methoden der Ausführung angewendet wurden, beweist zur Genüge, daß es nicht leicht ist, Kontinenz für Nahrung und gegen Gallenrückfluß zu vereinigen. A. operierte zweimal nach sehr einfacher Technik: Laterale Laparotomie wie für die Gastrostomie, Anheftung der obersten Jejunumschlinge von links nach rechts (im Sinn des Kranken und der Peristaltik), an das Perit. parietale, Schließung der Bauchdeckenwunde bis auf einen eng umschriebenen Kanal, der etwa 1 qcm Jejunum erkennen läßt; Einlegen eines Nélaton sofort oder am folgenden Tag, in der Richtung der Peristaltik wenigstens 8—10 cm tief. Sowohl bei einer Gastrostomie als auch zwei Jejunostomien ist er mit dem Ergebnis dieser einfachen Modifikation der Terrier'schen Methode sehr zufrieden gewesen. Die mit Leerdarmfistel Operierten überlebten 15 bzw. 50 Tage den Eingriff.

Christel (Metz).

---

16) **P. Cavaillon.** Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté).

Thèse de Lyon 1905. 282 S.

Die ausgezeichnete Arbeit geht aus der Jaboulay'schen Klinik in Lyon hervor und basiert auf 317 Fällen aus der Literatur und eigener Erfahrung. Sie ist eine vorzügliche Übersicht über den jetzigen Stand unseres therapeutischen Könnens bei Dickdarmkarzinomen und ist vor allem für den, der sich auf diesem Gebiet kurz orientieren will, durch instruktive, wenn auch meist schematische Bilder sehr wertvoll. Es ist natürlich, daß die französische Schule in erster Linie berücksichtigt wird, aber die deutsche Literatur ist doch ausgiebig benutzt, wenn sie auch öfter infolge sprachlicher Schwierigkeiten nicht ganz richtig notiert ist. Wundern muß es, daß nach Verf. von Jaboulay der Doyen'sche Ecraseur verworfen wird, weil er zu Embolien führe und einen Infektionsherd schaffe. Mit der Methotik

des Kunstafters nach Hartmann-Duval dürfte nicht jeder einverstanden sein. Ref. hätte andererseits gewünscht, daß der Frage der Dehnungsgeschwüre des Blinddarms etwas mehr Raum gelassen wäre. Sie werden nur kurz gestreift. Am Schlusse seiner Arbeit gibt Verf. eine übersichtliche Zusammenfassung, insbesondere werden die Indikationen zu den einzelnen Operationen sehr klar gefaßt.

Die palliativen Operationen sind bei Unmöglichkeit totaler Exstirpation: Verwachsungen mit Dünndarm, Magen, Leber, Pankreas usw., pericanceröser Eiterung, Metastasen, geschwächtem Allgemeinzustand (gelbes, kachektisches Aussehen, Anämie), bei geringen Graden von Knöchel- und Lendengegendödem, bei Phlebitis und bei Fieber am Platze. Weshalb auch bei letzterem, ist Ref. nicht klar, da dasselbe ja durch ulzerösen Zerfall des Krebses ohne Metastasen oder Verwachsungen schon auftreten kann. Als palliative Operation bevorzugt Verf. die Ileosigmoïdostomie, bzw. Ileorektostomie mit partieller Darmausschaltung, der dann später eventuell die Radikaloperation folgen soll. Den Kunstafter will er erst in zweiter Linie angewendet wissen, selbstverständlich aber bei Operation à chaud (Ileus). Für die Radikaloperation des Dickdarmkarzinoms läßt er nur die Operation in zwei Tempi (vorhergehender Anus) oder in drei Zeiten (nach Mikulicz) gelten, welch' letztere ohne Zweifel die sicherste ist. Für den Blinddarm dagegen gibt die einzeitige Resektion mit Ileokolostomie entschieden bessere Resultate. Dies steht in merkwürdiger Übereinstimmung mit einer eben erschienenen Zusammenstellung von Campiche über die Resultate der Operation bei Blinddarmtuberkulose (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXX), worin nachgewiesen wird, daß bei dieser Affektion die Resektion nach v. Mikulicz zwar die größte Mortalität nach der Operation, dagegen die besten Dauerresultate gibt (Ref.). Die Drüsen müssen bei Radikaloperation sorgfältig entfernt werden, doch ist beim Dickdarmkrebs, wie beim Magen, daran zu denken, daß oft nur entzündliche Drüsenschwellung vorhanden ist. Man braucht sich also andererseits bei weit entfernten, schwer exstirpierbaren Drüsen durch dieselben nicht von der Radikaloperation abhalten zu lassen.

Den Komplikationen des Dickdarmkarzinoms: dem Ileus, den infektiösen Zufällen (pericanceröse Eiterung, Peritonitis usw.) und der Invagination ist ein besonderes Kapitel gewidmet. Bei Invagination rät C. zur Resektion.

Goebel (Breslau).

---

17) **L. Pinatelle** et **G. Rivière.** De l'évacuation méthodique de l'intestin. (Recherches cadaveriques.)

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 8.)

Um bei Operationen wegen Darmverschluß die Därme genügend zu entleeren, und somit einerseits die Suche des Hindernisses zu erleichtern, andererseits die toxischen Wirkungen der Kontenta ausschalten zu lernen, haben Verff. Versuche an Leichen mit Luft bzw.

Wasser gefüllten Därmen ausgeführt. Sie bedienten sich 1) eines Schlauches, der von einer Enterostomie auf- und abwärts in der Weise vorgeschoben wird, daß der abschnittweise entleerte Darm gewissermaßen darüber gestülpt wird, wenn das Mesenterium es gestattet, ca. 1,50 m lang. An dem Schlauch läßt sich auch vorn ein Gummiballon anbringen, der mittels dünnen Gummiröhrchens aufgeblasen und zum Verschluß der Lichtung sowie für retrograde Entleerung verwendet werden kann; 2) verwendeten sie einen dem Dahlgren'schen »Melkinstrument« ähnlich konstruierten Apparat, der gleichzeitig die Faradisation des Darmes gestattet. In die Darmöffnung kann auch ein Darmknopf nach Jabouley eingedreht werden, um, mit einem Schlauch versehen, den Darminhalt nach außen zu leiten.

Christel (Metz).

---

18) **H. Dreesmann.** Die Cholecystitis und Cholangitis und ihre operative Behandlung.

(Med. Klinik 1905. Nr. 45.)

D. beantwortet dem praktischen Arzte die Frage, wann bei Cholelithiasis operiert werden soll. Dabei ist nicht danach zu fragen, ob große oder kleine Steine vorhanden sind, ob die Kolikanfälle erfolgreich oder erfolglos waren, sondern lediglich der Zustand der Gallenblase ins Auge zu fassen. D. fand in allen makro- und mikroskopisch untersuchten Gallenblasen, die er durch Operation wegen Cholelithiasis gewann, entzündliche Veränderungen der Wandung wie der Umgebung. Gallensteine kommen auch ohne alle Beschwerden vor. Oft stecken sie in einer Blasenausbuchtung; von einer Einklemmung im Cysticus als Kolikursache ist also hierbei keine Rede. Typische Anfälle kommen auch nach Cholecystektomien vor, wo sicher alle Steine entfernt sind. Infolge dessen macht D. in erster Reihe die Entzündung der Gallenblasen- und Gallengangswand für die Koliken verantwortlich. Durch Cholecystitis bilden sich Gallensteine; sie beeinflussen wieder den Verlauf der Entzündung ungünstig.

Es ist zwischen akuter katarrhalischer und eitriger, sowie zwischen chronischer katarrhalischer und eitriger Cholecystitis zu unterscheiden. Letztere beiden Formen lassen sich allerdings oft nur schwer trennen. Daß sich häufig ausgedehnte entzündliche Veränderungen der Gallenblase entwickelt haben, ohne daß besondere Beschwerden voraufgegangen sind, beruht auf dem Fehlen sensibler Nerven in der Wand. Daher setzt Gallensteinileus häufig bei bestem Wohlbefinden ein. D. verlor einen solchen nicht mehr operablen Fall. Die Sektion ergab, daß ein Gallenstein aus der Gallenblase oberhalb der Papille ins Duodenum durchgebrochen war. Nicht die oft unerhebliche Größe des Steines, sondern entzündliche Veränderungen der Darmwand führen zum Darmverschluß. Ähnliche Entzündungen treten in der Wand des Choledochus und Hepaticus bei Choledochussteinen sowie in der Wand der sogenannten Wandergallenblasen auf — sehr großen Gallenblasen,

deren Fundus den Leberrand überragt, beweglich ist und angeblich durch Einklemmung zwischen Bauchwand und Leber die Kolik hervorruft. Doch beobachtete D. auch eine steinhaltige und entzündete wirkliche Wandergallenblase, die beim Niederlegen der Kranken als Geschwulst in Erscheinung trat, um zwischendurch wieder zu verschwinden. Hier wurde durch die wechselnde Lage die Stauung, Entzündung und Kolik verursacht.

Bei der akuten katarrhalischen Cholecystitis ist abzuwarten. Die chronisch katarrhalische Form wird operiert, wenn sich die Koliken öfter wiederholen oder andauernde Beschwerden da sind. Ein monatelanges Zuwarten ist hierbei nicht gerechtfertigt. Bei der eitrigen Cholecystitis ist stets die Operation angezeigt. Sie erfolgt bei ernsten Anzeichen von Bauchfellentzündung sofort. Sonst wird sie, wenn möglich, bis zum Rückgang des Fiebers aufgeschoben. Bei chronisch-eitriger Cholecystitis hat ein längeres Zuwarten keinen Zweck. Die Operation der Wahl ist die Cholecystektomie. Sie verhindert allein sicher einen Rückfall und ermöglicht die genaueste Absuchung des Choledochus auf Steine. Ist diese Operation zu schwierig, so ist die Auskratzung der Schleimhaut zu versuchen. D. legt auf den Cysticusstumpf eine am 2. oder 3. Tag zu entfernende Schlauchdrainage und in die Bauchhöhle ein Glasdrain, ferner stets in den Choledochus, wenn er eröffnet wurde, ein Drain. Die Kranken bleiben mindestens 4 Wochen ruhig im Bett.

G. Schmidt (Berlin).

---

19) **Andrews.** Colohepatopexy or colon substitution.

(Journ. of the americ. med. assoc. 1905. September 16.)

Die nach wiederholten Gallensteinanfällen mit Entzündung der Gallenblase oder nach Gallensteinoperationen sich bildenden Verwachsungen zwischen dem Magen und den Nachbarorganen machen oft bedeutende Beschwerden durch Verziehung der Magenwand. Durch ihre Durchtrennung und Entfernung wird natürlich stets neuer Reiz zu ihrer Bildung gesetzt, und die Beschwerden werden nicht dauernd gehoben. Da der Magen in keiner anderen Weise aus seiner Lage verdrängt werden kann, hat A. nach Durchtrennung der Verwachsungen das Kolon hochgezogen und in den Raum zwischen Magen und Leber gedrängt. Durch Nähte wird die Serosa des Kolon gegen das Lig. gastro-hepaticum, die Leber selbst oder passend gelegene Stränge herangezogen und befestigt. Es ergibt sich eine nur geringe Lageveränderung des Querkolon. Je mehr vom Netz mit in den Zwischenraum gebracht werden kann, je besser das Ergebnis. Der Magen wird dadurch zurückgedrängt, gleichzeitig auch vor Herabsinken bewahrt. Die nach der Operation sich bildenden Verwachsungen können, da das Kolon usw. den Zwischenraum völlig ausfüllt, keine Verziehungen der Magenwand mehr bewirken. Fünf erfolgreich operierte Fälle sind mitgeteilt.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mitteilungen.

Laminektomie und Nervenwurzeldurchschneidung bei Neuralgie.

Von

Dr. **Rud. Oehler** in Frankfurt a. M.

Wie überhaupt die Karzinomoperationen nur in geringer Minderzahl rezidivlose Heilung erzielen, so erlebt der Chirurg bei den Pat., die er wegen Brustkrebs mit Amputation der Brustdrüse und Ausräumung der Achselhöhle behandelt hat, leider noch oftmals den späteren Anblick des lokalen und allgemeinen Rezidivs mit allen seinen Qualen und hoffnungslosen Leiden. Besonders martervoll sind da die krebsigen Knoten in den supra- und infraclavicularen Lymphdrüsen, weil sie durch Druck auf den Plexus brachialis die heftigsten, unablässigen Schmerzen verursachen. In solchen Fällen die wuchernden Knoten selbst operativ in Angriff zu nehmen, wird wohl selten gelingen; doch las ich vor einiger Zeit von solcher Operation, die Erfolg brachte: es wurden bei der Entfernung der Geschwulst die Gefäße und Nerven mitreseziert. Der Arm blieb lahm, aber noch nach Jahresfrist war Pat. rezidivfrei.

In dem mir vorliegenden Falle war solch heroisches Verfahren nicht anwendbar, da anderwärts auftauchende Metastasen den Kampf gegen das Rezidiv illusorisch machten. Um den Kampf wenigstens gegen die Schmerzen aufzunehmen, die Motilität aber nicht zu gefährden, ging ich vom Nacken her gegen das Rückenmark vor, deckte dasselbe auf und durchschnitt die hinteren Wurzeln, die den Plexus brachialis versorgen.

Es handelte sich um eine 45jährige Pat., die vor $1^1/_2$ Jahren wegen schon geschwürig zerfallenden Brustkrebses mit Amputatio mammae und Ausräumung der Achselhöhle operiert worden war. Im Oktober 1905 war bei sonst befriedigendem Allgemeinbefinden ein 8 cm großer, unbeweglicher Knoten rechts unter dem Schlüsselbeine vorhanden; dabei Ödem des rechten Armes; Hand nur wenig, Finger gar nicht aktiv beweglich. Gefühl in der Hand stumpf. Viel prickelnde und reißende Schmerzen im ganzen Arme. Ferner rechts seitlich knotige Anschwellung der VIII. Rippe. Pat. bekam damals innerlich und subkutan Morphium, und war abzusehen, daß bei den unablässigen Schmerzen dessen Menge bald gesteigert werden müßte, ja daß dessen Wirkung in nicht allzuferner Zeit überhaupt versagen würde. Dabei war nach dem sonstigen Allgemeinzustand eine Änderung auf Monate hinaus nicht zu erwarten, der Tod an Krebskachexie vielleicht erst nach $^1/_2$ Jahresfrist bevorstehend. Somit war ein Anlaß gegeben, gegen die sonst hoffnungslose Schmerzensqual einen ernsten Eingriff zu wagen.

Am 20. Oktober 1905 wurde in Chloroformnarkose der rechte Bogenteil des IV.—VII. Halswirbels und des I. Brustwirbels abgetragen, die Dura gespalten und die hinteren Wurzeln des V.—VIII. Halsnerven und des I. Brustnerven reseziert, dann die Dura, darauf die Wunde genäht. Keine Drainage. Die Operation wurde ziemlich gut vertragen. 2 Tage stieg die Temperatur auf 38,7, der Puls auf 120; dann fieberfreier Verlauf. Am 24. Oktober wurden einige Hautnähte entfernt, und riß dann bei einer Armbewegung der Pat. die Hautwunde großenteils auf. Die mit Catgut genähten Fascien- und Muskelschichten jedoch blieben vereinigt. Die Hautwunde heilte dann langsam granulierend.

Sofort nach der Operation war die aktive Beweglichkeit der Hand noch etwas geringer als zuvor. Die Sensibilität im ganzen Arme, von der Schulter bis zur Hand, war fast völlig aufgehoben. Pat. hatte eine Spur von Temperatursinn, von taktiler Sensibilität so gut wie nichts mehr. Dagegen klagte sie über etwas spontane Schmerzen in Arm und Hand. Diese spontanen Schmerzen minderten sich

im Laufe der folgenden Tage und Wochen; jedenfalls waren sie aber in keinem Vergleiche zu den neuralgischen Schmerzen vor der Operation. Morphium hat Pat. nach der Operation nicht mehr gebraucht.

Die Motilität des rechten Armes minderte sich rasch; 10 Tage nach der Operation war der Arm völlig lahm. Auch das Ödem nahm zu.

Am 7. November 1905, also $2^1/_2$ Wochen nach der Operation, bekam Pat. Beklemmungszustände, und alsbald hörte man rechts seitlich und hinten unten auf der Lunge Knistern; es stellte sich daselbst eine Dämpfung ein. Dämpfung und abgeschwächtes Atmen blieb; doch besserte sich das Allgemeinbefinden. Pat. verließ für 1—2 Stunden das Bett. Am 25. November bekam sie plötzlich einen schweren Beklemmungsanfall und starb schon nach 20 Minuten.

Die Sektion ergab als Todesursache Lungenembolie, ausgehend von der durch die Knoten komprimierten Vena subclavia. Auch die Arterie war in den Tumor eingeschlossen und verlegt. Ebenso waren sämtliche Armnerven vom Tumor umwachsen und waren unterschiedslos in denselben aufgegangen. Somit ist die Armlähmung auf Druck des Tumors und nicht auf Folgezustände am Rückenmarke zurückzuführen. Die Dura war an der Operationsstelle verdickt; sonst alles reizlos. Das Rückenmark normal. Dessen feinere Untersuchung steht noch aus, und wird von anderer Seite darüber berichtet werden. Von sonstigen Metastasen fand sich ein Knoten in der rechten Pleura und auf der rechten Zwerchfellhälfte.

Pat. hat nach der Operation 5 Wochen gelebt. Daß sie so bald an einer Embolie sterben würde, war nicht vorauszusehen. Deswegen möchte ich mein Schlußurteil dahin fassen, daß die Operation in diesem Falle gut gewirkt hat, und daß ich sie unter ähnlichen Umständen wieder empfehlen und machen würde.

---

20) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

151. Sitzung am 11. Dezember 1905.

Vorsitzender: Herr F. Krause.

1) Herr Wossidlo: Auskochbare Cystoskope.

2) Herr E. Heymann: Zur Kenntnis der Pankreaserkrankungen mit Krankenvorstellung.

H. berichtet über drei Fälle von Pankreatitis (zwei Männer, eine Frau), welche durch Operation geheilt sind. Fall 1 kam unter der Diagnose Gallensteinileus, Fall 2 als perityphlitischer Abszeß mit peritonitischen Symptomen zur Operation; Fall 3 hatte einige Wochen vorher eine manuelle Placentarlösung im ersten Wochenbette mit anschließender schwerer Peritonitis und exsudativer Pleuritis durchgemacht; danach restierende Beschwerden im Epigastrium und die Entwicklung eines Tumors daselbst wurden als Folgen eines chronischen rezidivierenden Ulcus ventriculi gedeutet; die Kranke kam unter dieser Diagnose zur Operation.

Bei Fall 1 und 3 wurde das Exsudat aus der Peritonealhöhle abgelassen, das Pankreas wurde nach Hochnahme des Magens und Querkolons (wie bei der Gastroenterostomia retroc. post.) unter stumpfer Durchtrennung des mit dem Pankreas zu einem festen Tumor verbackenen Mesocolon transversum freigelegt; überall waren reichlich Fettgewebsnekrosen vorhanden, das Pankreas war nekrotisch. Der Entzündungsherd wurde durch Einführung von Drains und Vioformgaze nach außen drainiert, die Laparotomiewunde wurde z. T. wieder geschlossen. Bei Fall 2 fand sich eine Schwellung hinter dem Colon ascendens, die sich medianwärts verfolgen ließ; man ging auf diese ein und eröffnete eine mit schmierig sulzigen Exsudatmassen gefüllte 13 cm tiefe Höhle, die sich medianwärts nach dem Pankreas verfolgen ließ. Drainage der Höhle von rechts aus.

Die vor der Operation ausgeführten klinischen Untersuchungen hatten bei allen drei Fällen keinen Anhalt für Pankreaserkrankung gegeben; im Kot ließen sich keine unverdauten Muskelkerne, keine Stärkekörner, kein reichlicher Fettgehalt nachweisen. Der Magensaft enthielt nüchtern, meist auch im Erbrochenen, reich-

lich Galle. Im Urin fand sich kein Zucker, am Tage der Operation enthielt er Eiweiß. Unmittelbar nach der Operation zeigten sich noch das Erbrechen galliger Massen und die quälenden Koliken; bei der Frau traten sie 10 Tage nach der Operation noch einmal auf, sie sistierten sofort nach Entfernung der hinter dem Magen liegenden Gazestreifen. Alle drei Fälle sind im besten Ernährungszustande geheilt entlassen worden und dauernd frei von Beschwerden geblieben.

3) Herr W. Bail: Krankenvorstellung.

a. Schulterverletzung.

Ein seit 10 Jahren an Tabes leidender Mann hatte sich durch mehrfaches Hinfallen nach alkoholischem Exzeß eine Luxatio subcoracoidea des rechten Humerus, vereint mit Splitterfraktur des Humerusschaftes, unterhalb des Collum chirurg. zugezogen. Es wurde die blutige Reposition des Gelenkkopfes in Lokalanästhesie nach Durchtrennung des Musc. coracobrachialis vorgenommen; die Fraktur heilte glatt, und unter mobilisierender Behandlung ist eine gute Funktion des Oberarmes wiedergekehrt.

b. Ellbogenverletzung.

Ein 10jähriger Knabe hatte durch Überfahren eine Zerreißung der Gelenkbänder des Ellbogengelenkes und einen bis in das Gelenk gehenden Defekt der dasselbe hinten deckenden Weichteile erlitten. Als die Wunde frisch granulierte, wurde das hinten weit klaffende Gelenk durch einen gestielten Hautlappen vom Oberarm aus mit Erfolg gedeckt. Eine Funktionsstörung des Ellbogengelenkes ist nicht eingetreten.

4) Herr Dege: Endergebnisse der peripheren Trigeminusresektionen.

D. berichtet über die Nachforschungen, welche er nach den Pat. angestellt hat, welche von Prof. F. Krause wegen Trigeminusneuralgie peripher reseziert worden sind. K. hat an 70 Kranken 77mal periphere Resektionen vorgenommen. 19 Operationen betrafen den I., 47 den II., 48 den III. Ast (darunter waren 36 Resektionen an der Schädelbasis). Im Anschluß an die Operation traten drei Todesfälle auf; ein Pat. erlag einer Lungenentzündung, ein zweiter einer Hirnblutung nach einer Operation an der Schädelbasis, der dritte starb unter den Erscheinungen hochgradigster Anämie, hervorgerufen durch enorme Blutung aus dem Plexus pterygoideus während der Operation und durch Nachblutungen. Über 55 Pat. erhielt D. nähere Auskunft. Elf waren rezidivfrei. Im Durchschnitt betrug die durch die Operation erzielte schmerzfreie Periode 2 Jahr 2 Monate. Bei seinen Supraorbitalneuralgien trat das Rezidiv durchschnittlich schon nach 5 Monaten, bei Infraorbitalneuralgien nach $2^3/_4$ Jahren und bei reinen Neuralgien im III. Aste nach 2 Jahren ein.

5) Herr Krause: a. Zur Freilegung der hinteren Leberfläche.

Bei einer 55jährigen Frau, die an einem fluktuierenden Tumor im rechten Hypochondrium litt, der als Nierentumor oder als Tumor der hinteren unteren Leberfläche angesprochen wurde, ging K. zur operativen Freilegung desselben in etwas anderer Weise vor, als Israël es bei einem Syphilom der hinteren Leberfläche getan hatte (s. Verhandlungen der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins 1904, dieses Zentralblatt p. 301). Schräger Lumbalschnitt, parallel der 12. Rippe, in Seitenlage bei starker Hochlagerung der kranken Seite; die Niere, die gesund war, wurde in ihrer Kapsel nach median luxiert (abweichend von Israël, der sie vorher aus der Kapsel löste). Nach Spaltung des Peritoneums lag die hintere und angrenzende untere Leberfläche ausgedehnt frei, ohne daß sich die Entfernung der 12. Rippe als notwendig erwies; die Leber ließ sich mitsamt dem Tumor in die Wunde heben. Der cystische, von der hinteren unteren Leberkante ausgehende, Tumor (Echinokokkus) wurde mitsamt dem Lebergewebe, welches seine Basis bildete, entfernt. Von dem Bemühen, ihn aus der Leber in toto auszuschälen, mußte wegen der starken Leberblutung Abstand genommen werden. Die Leberresektion wurde unter Digitalkompression, ohne wesentlichen Blutverlust, ausgeführt; nach isolierter Unterbindung der Arterien wurde die Leberwunde durch Catgutnähte,

die noch unter Kompression gelegt wurden, geschlossen. Auf die Leberwunde wurde ein Vioformstreifen geführt, die übrige Wunde wurde nach Reposition der Niere geschlossen. Glatte Heilung. K. war von der Übersicht und guten Zugänglichkeit, welche das Verfahren gewährte, sehr befriedigt und findet es auch sehr geeignet zur Entfernung von Tumoren der Flexura hepatica coli, wie er sich bei einer 4 Wochen später operierten Kranken überzeugt hat.

b. Ersatz der vorderen Coecumwand.

Bei einem 7jährigen, durch eine fistulöse Ileocoecaleiterung nach Perityphlitis sehr heruntergekommenen Knaben bestand nach Beseitigung der Eiterung die Notwendigkeit, das ausgedehnte zutage liegende Coecum zu schließen. Wegen des elenden Zustandes des Pat., der andere Eingriffe, wie Enteroanastomosen und Darmresektionen nicht vertragen hätte, entschloß sich K., die vordere Coecalwand plastisch zu ersetzen, analog der Thiersch'schen Urethralplastik, durch einen doppelten Hautlappen aus der begrenzenden Bauchhaut. Nach provisorischer Bindentamponade des Coecums wurde von rechts seitlich ein Hautlappen über das Coecum geklappt mit der Epidermis nach innen und an den gegenüberliegenden, wundgemachten Schleimhaut- und Wundrand durch Nähte fixiert; medianwärts wurde die Haut weiterhin unterminiert, über die Wundfläche des eingeklappten Lappens und des Defektes hinübergezogen und exakt überall angenäht. Danach wurde die Tamponade entfernt und im oberen und unteren Wundwinkel je ein dünner Drain der Sicherheit wegen in den Darm geführt. Die Lappen heilten glatt an, die Fisteln schlossen sich allmählich; in den ersten $1^1/_2$ Jahren sind sie vorübergehend wieder aufgebrochen und haben etwas Darmschleim sezerniert; seit September 1903 (Operation am 21. Mai 1901) sind sie dauernd geschlossen. In der Literatur existiert nur ein ähnlicher Fall von Trnka (Prager Zeitschrift f. Heilkunde 1901). Trnka verwendete einen medianen Brückenlappen, bestehend aus Haut, Fascie und Rectus, der 14 Tage nach seiner Bildung über einen lateralen, nunmehr ausgeschnittenen und über den Coecumdefekt herübergeschlagenen Haut-Fascienlappen als Decke genäht wurde.

6) Herr Krause: Technische Erfahrungen bei Exstirpation des Ganglion Gasseri.

K. ist nach Erfahrung an nunmehr 49 Fällen ganz bei seiner früher (Chirurgenkongreß 1892) bekannt gegebenen Technik geblieben und kann keine der von Doyen, Cushing, Lexer, Dollinger u. a. angegebenen Modifikationen der Operation als besser anerkennen. Er bildet wie früher einen temporalen Haut-Knochenlappen, ohne daß das Jochbein je durchtrennt zu werden brauchte; nur wenn letzteres sehr hoch ragt, würde es sich zur genügenden Freilegung der Schädelbasis von selbst verstehen, es zu durchtrennen und nach abwärts zu dislozieren; erhält man die Kontinuität des Jochbogens, so bleiben auch die obersten Facialisäste außer Frontalis erhalten; beim Herunterdrängen des mobilisierten Jochbeines können sie leicht durch Zerrung und Druck geschädigt werden. Die Erhaltung des Knochens im Lappen erstrebt K., um spätere Entstellung zu vermeiden; in $^1/_3$ der Fälle — bei elenden Kranken — hat er ihn geopfert, um die Operation abzukürzen. Während der Operation wird der Knochen im Lappen durch Klemmzangen gegen Haut und Periost fixiert. Der Rand der Schädelbasis wird, wie K. das von Anfang an als durchaus notwendig betont, bis zur Crista infratemp. abgetragen und nach stumpfer Ablösung der Dura mit Hilfe von kleinen Stieltupfern und Elevatorien das Terrain unter Einführung des Hirnspaltes frei gelegt, der das Hirn ganz leicht nach oben hebt; keinesfalls darf das Hirn nach oben bis an den Rand der äußeren Knochenöffnung disloziert werden, wie Cushing es irrtümlich als K.'s Methode abgebildet hat. Das Erhaltensein der Schädelbasis erlaubt, sehr schnell bis zur Art. mening. med. vorzudringen, die sofort unterbunden wird. Ihre prinzipielle Unterbindung vor Freilegung der Nerven ist zu raten, weil das Terrain an Übersichtlichkeit gewinnt und jeder späteren Komplikation der Operation durch eine Blutung aus der häufig arteriosklerotischen und daher leicht zerreißlichen Arterie durch die Unterbindung vorgebeugt wird. K. demonstriert seine Haken, um im Fall einer solchen Komplikation die Art. im. for. spin. zu kompri-

mieren. Sodann werden der III., danach der II. Ast, rückwärts das Ganglion bis eben zum Stamme des Trigeminus gut isoliert, und an letzterem Orte die längsgeriefte Extraktionszange angelegt; nach Durchschneidung des II. und III. Astes wird der Stamm samt Ganglion extrahiert; der erste nicht isolierte Ast (er verläuft im Sin. cav.) wird an seiner Verbindung mit dem Ganglion abgerissen; die Entfernung des Stammes gelingt meist in Ausdehnung von 4 cm, d. h. bis an den Pons Varoli.

Die motorische Wurzel muß leider entfernt werden, da sie nach unten nicht von dem sensiblen Teile des III. Astes und aus dem Plex. Santorini zu trennen ist. Nebenverletzungen (z. B. des Abducens) vermeidet man sicher, wenn man das Ganglion stumpf in ganzer Zirkumferenz auch medianwärts isoliert. Von der Anwendung des Hirnspatels, den K. bei seiner Methode braucht, und den er entweder selbst hält oder durch einen verläßlichen Assistenten halten läßt, hat er keine wesentlichen Nachteile gesehen.

Über die klinischen Ergebnisse der 49 Fälle wird er an anderer Stelle berichten.

Diskussion. Herr Braun hat die verschiedenen Methoden auf ihre Vorzüge und Nachteile hin an der Leiche geprüft. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, daß man sich bei erhaltener Hirnbasis leichter orientiert. In manchen Fällen, bei starker Hirnspannung und Hyperämie, wird dagegen die Fortnahme des Knochens an der Hirnbasis vorteilhaft sein. Demonstration von Lichtbildern, welche diese Versuche illustrieren. **Richard Wolff** (Berlin).

---

21) **Schlee** (Braunschweig). Physikalische Betrachtungen über hämostatische Kraft der Heißluftwirkung.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 3.)

S. redet in dieser Arbeit einem elektrischen Heißluftbrenner von Conrad Hahn, der auch auf dem letzten Chirurgenkongreß demonstriert ist, gegenüber dem Heißluftbrenner von Holländer das Wort und betont, daß ersterer vermöge seines kräftigen Motors die 60fache Luft-, d. h. Wärmeträgermenge, auf die blutende Fläche schleudert, und daß dieser Apparat, gegenüber 1,5 des Holländerschen, eine Austrittsöffnung von 15 mm besitzt, also auf einmal eine 100mal so große Fläche bestreichen kann. Da es nach der Ansicht des Verf.s bei der hämostatischen Kraft der Heißluftwirkung weniger auf Erhöhung der Temperatur (Holländer) ankommt, als vielmehr auf die Verminderung der seitlichen Wärmeentweichung, so hält er auf Grund seiner Experimente an Kaninchen schon die normale Hahn'sche Dusche, die eine Temperatur von 150—170° besitzt, für die Blutstillung am Menschen vollständig für ausreichend. **Hartmann** (Kassel).

22) **R. Lewisohn.** Über zwei seltene Karzinomfälle, zugleich ein Beitrag zur Metaplasiefrage.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. III. Hft. 4.)

Verf. beschreibt den makroskopischen und histologischen Befund eines Pankreascancroids und eines Psammokarzinoms des Uterus. Beide Geschwülste bestanden aus Plattenepithel- und Zylinderepithelzellen und ließen Übergänge beider Zellarten ineinander erkennen. Verf. spricht diesen Befund für eine Metaplasie im Weigertschen Sinne an. Es handelt sich nicht um die Bildung echten ektodermalen Epithels aus entodermalem Zylinderepithel, sondern um die Vortäuschung eines solchen dadurch, daß die katabiotischen Prozesse, zu denen gewisse Zellen des äußeren Keimblattes sozusagen von selbst, d. h. durch ihr Altern, hingeführt werden, an den Entodermzellen durch äußere Momente unbekannter Art gewissermaßen künstlich hervorgerufen werden. **K. Schultze** (Bonn).

23) **M. Morris.** The treatment of scars and cheloid.

(Practitioner 1905. Dezember.)

Narben und Keloide behandelt Verf. mit Finsenlicht und berichtet über ausgezeichnete kosmetische Erfolge. So wurden Narben nach Lupus, Verbrennung,

Exstirpation von tuberkulösen Halsdrüsen, Spontaneröffnung tuberkulöser Drüsenabszesse am Halse fast vollkommen beseitigt, so daß Damen imstande waren, wieder ausgeschnittene Kleider zu tragen. Nur Pockennarben sind für diese Methode weniger geeignet, da mit dem Finsenlichte zurzeit immer nur kleinere Bezirke der Haut bestrahlt werden können. Bei Keloiden wandte Verf. auch die Röntgenstrahlen mit gutem Erfolg an. **Jenckel** (Göttingen).

24) **Bevan.** Treatment of actinomycosis and blastomycosis with copper salts.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1095. November 11.)

Während örtlich beschränkte Aktinomykose durch Jodkali oder dieses in Verbindung mit Röntgenstrahlen sehr gut beeinflußt und oft geheilt wird, sind die meisten ausgedehnten Infektionen des Darmkanales und der Lunge unheilbar. Von den Erfahrungen der Landwirtschaft ausgehend, daß Getreiderost und ähnliche Pilzkrankheiten durch sehr schwache Kupfersulfatlösungen erfolgreich bekämpft werden, hat Verf. bei solchen Fällen innerlich Kupfersulfat bis zu dreimal täglich 0,06 g gegeben und Abszesse, Fisteln u. dgl. mit 10%iger Lösung des Salzes ausgespült. Der Erfolg war, wie mitgeteilte Fälle zeigen, gut. B. ist der Ansicht, daß vielleicht Jod- und Kupferbehandlung abwechselnd noch besseren Erfolg hätten. Die Arbeit soll nur als Anregung wirken zum Versuche, da dem einzelnen nicht soviel Aktinomykosefälle in die Hand kommen. Auch bei Blastomykose von ausgebreiteter Form hat Verf. mit Kupfer gute Erfolge erzielt, während bei lokaler Form ebenfalls Jod- und Röntgenbehandlung ausreichen.

Trapp (Bückeburg).

25) **Clemm.** Heftpflaster- und Bindenbehandlung der Bauchorgane.

(Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. III. Hft. 3.)

Während Verf. in einer früheren Arbeit (s. d. Bl. 1905 Nr. 7) zu Leibbinden das Heftpflaster sich selbst zuschnitt, zieht er in dieser Arbeit aus mehreren berechtigtsten Gründen einen nach seinen Angaben in den Handel gebrachten Verband vor. Er wählt zu diesem Verbande das Pflaster von Moleskinstoff mit durchlöchertem Leukoplastbelag aus einem Stücke, verdoppelt es unten durch einen aufgelegten dreieckigen zweiten Streifen und läßt unter diesem Streifen nach rechts und links Gurte vorkommen, die hinten beliebig fest geschnallt werden können. Mit diesem Gurte kann dann der Zug der Binde vor beabsichtigter stärkerer Arbeit verstärkt werden, während er bei Ruhiglage nach Tisch oder nachts ganz durch Lösen der Schnalle in Wegfall kommen kann. Mehrere Abbildungen, die die Technik des Anlegens der Binde demonstrieren sollen, sind der Arbeit beigefügt.

Hartmann (Kassel).

26) **Bayer.** Über eine bisher noch nicht beschriebene Varietät der interparietalen Leistenhernie, mit Bemerkungen zur radikalen Bruchoperation.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 7.)

B. beobachtete bei einem 32jährigen Mann einen irreponiblen Leistenbruch mit großem angeborenen Bruchsacke, dem wandständig und etwas höher als normal der Hode aufsaß. Der Bruchsack hatte außer einem skrotalen Fache noch zwei inguinale, welche sich interparietal, das eine vor, das andere hinter der Aponeurose des Obliquus externus, ziemlich gleich weit in der Richtung des Lig. Pouparti lateral aufwärts ausbreiteten. Es lag somit eine Kombination einer Hernia inguino-interstitialis und inguino-superficialis vor.

Nach Auslösung der Bruchsäcke bis auf den skrotalen Fundus, der zur Umhüllung des Hodens zurückgelassen wurde, Versorgung des Bruchinhaltes (Netz) und Abtragung des Bruchsackes wandte Verf. die in seiner »Chirurgie in der Landpraxis« (3. Auflage) publizierte Kanalnahtmethode an.

Gutzeit (Neidenburg).

27) **V. Chlumsky.** Ein neues Nabelbruchband für Kinder.

(Przegląd lekarski 1905. Nr. 46,)

Es handelt sich um ein gewöhnliches Leistenbruchband, an dessen Pelotte eine Stahlfeder angebracht ist, welche bis zum Nabel reicht. Am Ende der Stahlfeder ist eine verstellbare ovale Pelotte befestigt. Das Band wird wie ein Leistenbruchband um die Hüfte angelegt, wobei die eine Pelotte über der Leiste zu liegen kommt und die zweite, ovale, Pelotte direkt dem Nabelbruch aufliegt.

Bogdanik (Krakau).

28) **L. Brauner.** Ein kasuistischer Beitrag zur radiologischen Frühdiagnose des Magenkarzinoms. (Aus dem Wiener allgemeinen Krankenhause.)

(Archiv für physikal. Medizin u. med. Technik Bd. I. Hft. 1.)

Verf. veröffentlicht einen weiteren Fall, bei dem es dureh die an anderer Stelle (Wiener klin. Rundschau 1905 Hft 16) schon beschriebene neue röntgenologische Methode mit gleichzeitiger Luftaufblasung und Wismutfüllung gelang, Sitz und Art einer Geschwulst der Magengegend genauer festzustellen. Insbesondere wurde aus dem Fehlen der sonst sichtbaren Peristaltik der Pars pylorica ein Schluß auf starre Infiltration oder flächenhafte Fixation der Magenwand gezogen und auch durch die Operation bestätigt.

(Die Resultate der bisher üblichen chemischen und palpatorischen Untersuchungsmethoden ließen zwar hier an sich schon die Diagnose auf bösartige Magenneubildung stellen; immerhin aber kann die neue Methode bei weniger klar liegenden Fällen wohl ihre Berechtigung haben. Ref.)

Renner (Dresden).

29) **La Mouche.** Sur une forme rare de néoplasme de l'estomac à marche rapide chez une jeune fille de 27 ans.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 132.)

Die seit Oktober 1904 leidende 27jährige Pat. kam Ende März 1905 ins Spital. Sie litt an krampfartigen Magenschmerzen, die stets nach Erbrechen aufhörten. Das Erbrochene war gelegentlich blutig, enthielt aber stets nur Nahrungsmittel. Die Anfälle kamen plötzlich und schwanden nach dem Erbrechen ebenso momentan. Ende April ging Pat. kachektisch zugrunde, ohne im Spital jemals geblutet zu haben.

Autopsie: Die im Antrum pylori gefundene Geschwulst war derart gestielt, daß sie den Pylorus zeitweilig sperren konnte. Es war ein »Adenoma polyposum aus normalen Zellen«. Geschwollene Lymphdrüsen wurden nicht gefunden.

V. E. Mertens (Breslau).

30) **Kablukoff.** Die Echinokokkenkrankheit in der Krim.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

Verf. publiziert einen Fall von Milzexstirpation wegen Echinokokkuscyste. Die Diagnose war irrtümlich auf Nierengeschwulst gestellt und darum der Lendenschnitt zur Operation gewählt worden. Die Milz ließ sich auf diese Methode sehr bequem exstirpieren, so daß Verf. dieselbe für die Splenektomie empfehlen möchte. Außerdem gibt K. noch die Krankengeschichten von 6 Fällen von Echinokokkencysten der Milz, bei denen einzeitig nach Lindemann die Cyste entfernt wurde. Trotz der Schwere und langen Dauer der Krankheit genasen sämtliche Pat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

31) **Moody.** Diaphragmatic grooves of the liver.

(John Hopkins hospital bulletin 1905. November.)

Verf. hat 33 Fälle gesammelt, bei denen sich sagittale Furchen der Leberoberfläche fanden; die Leichen waren in Rückenlage (mit einer Ausnahme) durch

Injektion verschiedener konservierender Flüssigkeiten einbalsamiert und dann seziert worden. Die gewonnenen Präparate sind teils als Skizzen, teils in photographischer Reproduktion beigefügt.

Es fanden sich 1, 2, 3, 4, 5, auch bis zu 9 Furchen an derselben Leber.

Die Resultate lassen einen bestimmten Schluß auf die Ätiologie der Furchenbildung nicht zu. Es fanden sich solche Furchen sowohl bei einem 7monatigen Fötus, als auch bei jugendlichen und alten Männern und Frauen; die verschiedensten Entstehungsmöglichkeiten liegen vor, angeborene Zwerchfellsanomalien, erschwerte Atmung, Einschnürung von Brust und Bauch durch die Kleidung, schwere Pleuritis über dem Zwerchfelle, lokale Peritonitis oder auch Mißverhältnis zwischen der Größe der Leber und derjenigen der Leibeshöhle.

Die Literatur wird ausführlich besprochen und ein Verzeichnis von 34 Nummern angefügt. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) **Heymann.** Über pylephlebitische Leberaszesse.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 44 a.)

Der mitgeteilte Fall ist wegen des langen Zeitraumes, welcher zwischen der Wurmfortsatzerkrankung und der Bildung eines Leberabszesses lag, von Interesse. Erst 1 Jahr nach einer unter leichten Erscheinungen abgelaufenen Perityphlitis bildete sich bei dem 37jährigen Pat. der Abszeß aus, dem er erlag, obwohl der Eiter durch perpleurale Leberinzision entleert wurde. Bei der Sektion fanden sich in den Mesenterialvenen feste, organisierte Thromben, im Pfortadersystem ein mißfarbener puriformer Thrombus, die Venenwand eitrig infiltriert. Die Zahl ähnlicher Beobachtungen ist eine geringe. Die beste Therapie ist die Prophylaxe, d. h. die rechtzeitige Appendektomie. **Langemak** (Erfurt).

33) **A. Hansson.** Ein Fall von Papillom der Gallenblase.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXVIII; III. Folge. Bd. V. Abt. I. Kirurgi Nr. 4.)

Die Kasuistik der immer sehr seltenen gutartigen Gallenblasengeschwülste wird durch die vorliegende Mitteilung um einen Fall bereichert. Es handelt sich um eine 69jährige Frau, die mit Schmerzen im Bauch erkrankte, welche zuerst als Appendicitissymptome gedeutet wurden. Bei der Laparotomie zeigte sich die Gallenblase über faustgroß erweitert und von Detritusmassen, Steinen und Eiter gefüllt. Wegen untrennbarer Verwachsungen mit der Leber und einer ziemlich erheblichen Blutung aus dem Leberparenchym mußte man sich mit einer partiellen Ektomie begnügen. Heilung reaktionslos in etwa einem Monate. Rezidivfreiheit noch nach Jahresfrist.

Das Hauptinteresse bietet die — von Dr. Vestberg ausgeführte — mikroskopische Untersuchung des Präparates. Von der Epithelbekleidung abgesehen, hatte die mikroskopische Struktur die größte Ähnlichkeit mit einem villösen Papillom der Harnblase oder mit den Vegetationen aus den Cysten eines Papillarkystoms. Die Gallenblasenwand war verdickt infolge Hypertrophie und entzündlicher Gewebswucherung. Teilweise zeigte sich auch eine papilläre und glanduläre Neubildung, die schwache Andeutungen der Geschwulstgenese darbot. Die histologische Diagnose lautete: Papillom mit ödematösen Partien.

Der letzte Teil der Arbeit enthält eine übersichtliche Zusammenstellung der (wenigen) bisher veröffentlichten gutartigen Gallenblasengeschwülste.

(Selbstbericht.)

34) **H. Lorenz.** Über den Wert der Mobilisierung des Duodenum bei Operationen wegen Steinen in den tiefen Gallenwegen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 337.)

L., welcher früher auf Grund von Versuchen an Leichen die Ablösung der Pars descendens duodeni nach Kocher für Gallensteinoperationen empfohlen hatte (cf. d. Bl. 1903 p. 554), verfügt jetzt über fünf Fälle von schwierigen Choledocholithiasisoperationen, die in der Hochenegg'schen Klinik in Wien zur Ausführung

kamen und bei denen stets dieser Eingriff ebenso leicht zu machen wie zweckdienlich war. Das Duodenum war immer nur sehr locker seiner Unterlage aufgeheftet und ganz leicht von derselben abstreifbar, und nachdem dies geschehen, waren die tiefsitzenden Steine aus dem retroduodenalen Choledochusteile, bzw. aus der Papille leicht mobil zu machen und ließen sich in dem Gallengang aufwärts schieben. Darm sowie Gallengang können bequem zwischen Daumen und Zeigefinger genommen werden. Bei irgend vorliegenden Zweifeln, ob einstweilen noch nicht sicher nachweisbare Steine an tiefer Stelle vorhanden sind, ist schon, um hierüber Klarheit zu schaffen, der Eingriff ratsam, und unter Umständen kann er zweckmäßig schon vor jeglicher Eröffnung der Gallenwege vorweggenommen werden. Die gegen das Verfahren geäußerten Bedenken, z. B. die Gefahr der Infektion des retroduodenalen Zellgewebes (Kehr) haben sich als gegenstandslos herausgestellt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **Wiesel.** Über Leberveränderungen bei multipler abdomineller Fettgewebsnekrose und Pancreatitis haemorrhagica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

Mit Ausnahme von Marx und Rautenberg hat keiner der vielen Autoren welche über die akute hämorrhagische Pankreatitis mit Nekrose geschrieben haben, die Leber einer genaueren Untersuchung unterworfen. Und doch muß man auch in anderen Organen als dem Pankreas nach Veränderungen suchen, um Licht in die dunkle Pathogenese der Pankreasnekrose zu bringen. W. hat in vier Fällen die Leber einer eingehenden Untersuchung unterzogen und fand in übereinstimmender Weise, bald stärker, bald geringer ausgeprägt, folgendes: Man bemerkt fettige Degeneration der Leberzellen in herdförmiger Anordnung. In anderen Fällen fanden sich zentrale Nekrosen in den Acinis. Am auffallendsten war eine Lipämie, nicht bloß in der Leber, sondern ebenso in den Nieren; Fett lag in feinsten Tröpfchen oder auch in größeren Tropfen in den Gefäßen, und zwar so massenhaft, wie man es nur durch Injektion des Organes mit Öl experimentell erzeugen könnte. An vereinzelten Stellen fanden sich Zellembolien, und zwar in Form größerer Zellverbände in interlobulären Pfortaderverzweigungen. Am wahrscheinlichsten ist, daß diese Zellen aus dem Pankreas stammen.

Haeckel (Stettin).

36) **Wrede.** Ein Beitrag zur Kenntnis der akuten Pankreaserkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 44a.)

Ein 44jähriger, kräftiger, fettleibiger Mann, Potator, erkrankte unter gichtischen Beschwerden und etwas Erbrechen ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens. Trotz Bettruhe und guter Nahrungsaufnahme Abnahme des Gewichtes um 38 Pfund in $1^1/_2$ Monaten. Plötzlich heftige Schmerzen in der Magengegend, 4 Tage lang Symptome eines hochsitzenden Dünndarmileus. Rückgang der bedrohlichen Erscheinungen, aber Anhalten der Schmerzen in der Oberbauchgegend, Gallenrückstauung in den Magen, funktionelle Magenstörungen. Resistenz in der Magengegend 12 Tage nach Einsetzen der bedrohlichen Erscheinungen nachweisbar. Am 27. Tage Laparotomie: Sanguinolenter Erguß, Fettgewebsnekrose, Anschwellung des Pankreas. Heilung.

Ein Überblick über die Erfolge operativer Eingriffe bei akuten bzw. subakuten Pankreasaffektionen, welche in Laparotomie, Tamponade bzw. Drainage der Pankreasgegend bestanden haben, zeigt, daß die Operation fast immer subjektive wie objektive Besserung des Krankheitszustandes und in vielen Fällen Heilung gebracht hat, und deshalb ist die Laparotomie bei dem heutigen Stande der Wissenschaft immer gerechtfertigt, wenn wir auch noch nicht wissen, welche anatomischen Veränderungen den einzelnen klinischen Symptomen zugrunde liegen.

Langemak (Erfurt).

37) Thayer. Observations on several cases of acute pancreatitis.
(John Hopkins hospital bulletin 1905. November.)

Fünf Fälle aus des Verf.s Praxis, von Halsted bzw. Finney operiert; viermal handelte es sich um eitrige, einmal um gangränöse Pankreatitis. Dieser sowie einer der anderen vier Fälle endete tödlich, das eine Mal an intraperitonealer Hämorrhagie und Magen-Duodenalgeschwür mit Perforation, das andere Mal an Sepsis. Die übrigen drei Pat. genasen; stets wurde drainiert.

Der Zusammenhang mit Erkrankungen des Gallengangsystems war besonders auffällig, einmal fand sich auch ein Gallenstein in der Papilla Vateri als Sektionsbefund.

Die Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt, der Untersuchungsbefund ist in ein Körperschema eingetragen.

Von Interesse dürfte sein, daß der Urin stets ganz frei von Zucker war.

Therapeutisch kommt nur die Operation mit Drainage sofort nach Stellung der Diagnose in Betracht; allerdings ist die Erkennung des Leidens im Beginne meistens außerordentlich schwer. **W. v. Brunn** (Rostock).

38) L. Edling. Zur Kenntnis der Cystadenome des Pankreas.
(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 110.)

Bei einer 28jährigen Frau hatte sich im Laufe der letzten 4 Jahre aus einem ursprünglich gänseeigroßen Knoten, der unterhalb des Rippenbogens in der linken Hälfte des Bauches zuerst bemerkt wurde, allmählich eine kindskopfgroße bis vier Querfinger unterhalb des Nabels reichende, fluktuierende, glatte runde Geschwulst entwickelt. Magen und Dickdarm scheinen vor ihm zu liegen. Neben der großen liegt noch eine zweite hühnereigroße, mit der ersten Geschwulst in Verbindung stehende. Laparotomie. Die Geschwulst liegt zwischen Magen und Dickdarm, von dem stark gespannten Lig. gastrocolicum überzogen. Nach Durchtrennung des Ligamentes gelang die Ausschälung der durch Punktion stark verkleinerten Cyste ziemlich leicht, nur am Pankreas mußte eine dünne Schicht der Wand zurückgelassen werden. Der Inhalt der Cyste ist nicht untersucht worden. Der histologische Befund, den die Cyste bot, ist kurz folgender: Die Geschwulst stellt sich als ein Cystadenom dar, das wahrscheinlich seinen Ausgangspunkt von den Ausführungsgängen des Pankreas nimmt. In der Wand der Cyste fand sich eine alternierende Nebenniere, ferner Langerhans'sche Zellinseln und in einer Partie der Cystenwand ein riesenzellenführendes Granulationsgewebe, entstanden durch lang anhaltenden Druck auf das Epithel und Nekrose desselben. Die Riesenzellen sind als Fremdkörperriesenzellen mesenchymalen Ursprungs aufzufassen. Am Schluß ein umfangreiches Literaturverzeichnis. **Doering** (Göttingen).

39) Houzel (Boulogne-sur-mer). Résultat éloigné de la ligature de la veine cave inférieure.
(Arch. prov. de chir. 1905. Nr. 9.)

H. berichtet über eine 40jährige Frau, bei der gelegentlich einer Nephrektomie wegen Pyonephrose die Cava inferior unterhalb der Renalis einen Einriß von 2 cm erlitt. Die seitliche Naht erwies sich ungenügend, es wurde deshalb die doppelte Unterbindung, oberhalb und unterhalb des Risses, gemacht. Glatte Heilung; nach dem Verlassen des Bettes waren eine Zeitlang die unteren Gliedmaßen ödematös. Jetzt, 4 Jahre nach der Operation, kann die Frau als völlig geheilt angesehen werden; die leichten Venektasien, welche noch bestehen, sind nicht so erheblich, wie sie so oft bei Frauen nach vielen Entbindungen zurückbleiben.

Stolper (Göttingen).

40) Sheen. A case of ligature of the innominate artery.
(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Bei einem 46jährigen Arbeiter mit den Zeichen eines Aneurysma in den letzten zwei Dritteln der Subclavia wird von einem medianen Schnitt aus die Art.

innominata mit Seide unterbunden. Die Pulsation in Aneurysma und Art. temporalis verschwindet. Während zweier Tage Geschwätzigkeit, Unruhe, Unklarheit. Wiederkehr der Pulsation im Aneurysma am Tage nach der Operation in sehr vermindertem Maße bei derber werdender Konsistenz. 7 Wochen später zweite Freilegung der Innominata; beim Versuch, eine Nadel mit Unterbindungsfaden kardialwärts von der ersten Ligatur um das Gefäß herum zu legen, entsteht eine heftige Blutung, die sich beim zweiten Versuche wiederholt. Schluß der Wunde. 14 Tage danach doppelte Unterbindung der Arterie von einem Querschnitt oberhalb des Schlüsselbeines aus, 2 cm entfernt vom Aneurysma und unmittelbar daran. Die Pulsation im Aneurysma kehrte nicht wieder. Dauernde Heilung. S.'s Fall ist die 17. Unterbindung der Art. innominata, die 8. erfolgreiche.

W. Weber (Dresden).

41) **A. Hessmann.** Ein Fall von Luxatio humeri mit Ruptur der Art. axillaris. (Aus der chirurg. Privatklinik von Sanitätsrat Dr. Boeters in Görlitz.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 42.)

Dem 75jährigen Pat. war 23 Tage vorher, unter Anwendung großer Kraft, eine Luxatio axillaris von einem Arzt eingerenkt worden; am 4. Tage danach stellten sich sehr schmerzhafte Empfindungen im ganzen Arm ein, der anschwoll und hart wurde. Bei der Aufnahme fand sich bretthartе Schwellung des letzteren und der Schulter; der Radialpuls war fühlbar, Pulsationen und Geräusche fehlten in der Achselhöhle. Beim Einschnitt in die Schwellung am medialen Rande des M. deltoideus schoß ein fingerdicker Blutstrom aus der Tiefe hervor, weshalb sofort die Art. subclavia, nach temporärer Resektion des Schlüsselbeines, freigelegt wurde, um provisorisch unterbunden zu werden; doch schnitt der Ligaturfaden durch die äußeren Schichten des hochgradig sklerosierten Gefäßrohres glatt durch. Die Art. axillaris fand sich fast völlig durchtrennt; nur an der Hinterwand war eine schmale Brücke erhalten. 16 Tage nach der Unterbindung Exartikulation des gangränös gewordenen Armes mit gutem Erfolge. **Kramer** (Glogau).

42) **H. Morestin.** Anévrysme de l'arcade palmaire superficiele.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juni.)

Die Mitteilung ist interessant, weil es sich um eines der sehr seltenen spontanen Aneurysmen des oberen Hohlhandbogens bei einem 43jährigen Fuhrmann handelte. Verletzungen und Lues waren mit Sicherheit auszuschließen; dagegen lag chronischer Alkoholismus vor. Die Erweiterung des Arterienrohres war nach allen Seiten hin eine gleichmäßige. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

43) **H. Clark.** Case of ligature of the profunda femoris artery, common femoral artery, and common iliac artery on the same side, with perfect recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 7.)

Ein 26jähriger Mann erleidet eine Messerstichwunde des linken Oberschenkels an der Grenze des mittleren und oberen Drittels, die nach reichlicher Blutung anscheinend spontan in Heilung übergehen will. Am 17. Tage starke Blutung infolge Eiterung, Unterbindung der unvollkommen durchtrennten Art. profunda femoris und der Vene. 3 Tage später schwere Nachblutung und schnellste Unterbindung der Art. femoralis dicht unter dem Lig. inguinale. 5 Tage darauf noch schwerere Nachblutung, die mit Erfolg gestillt wird durch Unterbindung der Art. iliaca communis durch extraperitoneales Vorgehen. Das Bein wurde in keiner Weise in seiner Ernährung beeinträchtigt. Volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Weber (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 6. Sonnabend, den 10. Februar. 1906.

Inhalt: **Machol,** Die Anwendung der strömenden Wasserkraft in der Chirurgie und Orthopädie. (Original-Mitteilung.)

1) **Hoffa** und **Rauenbusch,** Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. — 2) **Lane,** Frakturbehandlung. — 3) **Zangemeister,** Atlas der Cystoskopie. — 4) **Myles,** Zur Diagnose von Blasenleiden. — 5) **Beck,** Röntgenuntersuchung bei Harnsteinen. — 6) **Schattenstein,** Urämie und enterogene Autointoxikation. — 7) **Bernascond** u. **Colombino,** Harnleiteranastomosierung. — 8) **Schmitz,** Heftpflastermethode bei Nierenbehandlung. — 9) **Kalliontzis,** Gebärmutterkrebs. — 10) **Berger,** Amputatio interscapulo-thoracica. — 11) **Piyette** und **Bruneau,** Arteriovenöse Aneurysmen der Subclavia. — 12) **Kingmann,** Männlicher und weiblicher Handtypus. — 13) **Kob,** Schenkelhalsbrüche. — 14) **Riedel,** Luxatio obturatoria. — 15) **Greunauer,** Klumpfuß.

M. Samuel, Über eine Modifikation der Hautnaht nach Michel. (Original-Mitteilung.)

16) **Paschkis,** Abnormität der Harnröhre. — 17) **Lecène,** Epitheliom der Harnröhre. — 18) **Roux,** Prostatektomie. — 19) **Cumston,** Nierenquetschung. — 20) **Ekehorn,** Funktion der Niere nach durchgemachtem Sektionsschnitt. — 21) **Harris,** Nierenenthülsung. — 22) **Biado de Vecchi,** Nierensarkom. — 23) **Stark,** Chronische Inversion der Gebärmutter durch Krebs. — 24) **Grube,** Der vordere Scheiden-Leibschnitt. — 25) **Jeanbrau,** 26) **Jeanbrau** und **Riche,** Amputatio interscapulo-thoracica. — 27) **Hildebrandt,** Muskeltransplantation. — 28) **Cernezzi,** Leiomyom des Biceps brachii. — 29) **Hamilton,** Angeborene Synostose der beiden oberen Radio-Ulnargelenke. — 30) **Marchesi,** Schnellender Finger. — 31) **Dunin,** Chronische Fingereiterung mit Kalkablagerung. — 32) **Gaudier,** Coxa vara. — 33) **De Gaëtano,** Lymphangiom des Oberschenkels. — 34) **Morestin,** Aneurysmen der A. femoralis. — 35) **Strauss,** Myositis ossificans traumatica. — 36) **Gessner,** Lokale Nervenanästhesierung bei Oberschenkelamputation. — 37) **Bockenheimer,** 38) **Goellner,** Querbruch der Kniescheibe. — 39) **Gaudier** u. **Bouret,** Abreißung der Tuberositas tibiae. — 40) **MacLennan,** Zur Sequestrotomie am Schienbein. — 41) **Barrière,** Gangrän des Unterschenkels. — 42) **Most,** Osteomyelitis. — 43) **Barker,** Exostosen des Fersenbeines. — 44) **Duret,** Osteoplastische Fußamputation.

(Aus der kgl. chirurgischen Klinik zu Breslau. Direktor: Geh.Rat Prof. Dr. Garrè.)

Die Anwendung der strömenden Wasserkraft in der Chirurgie und Orthopädie. (Ein neues System orthopädischer und medikomechanischer Apparate.)

Von

Dr. **Machol,**

Assistenzarzt der Klinik.

Ein rein praktisches Bedürfnis, die einfache Tatsache, daß die Kraft der Hand des Arztes in einer großen Anzahl von Fällen von Deformitäten nicht ausreicht, um eine gewünschte Korrektur zu erzielen, hat im Laufe der Jahrhunderte zur Konstruktion einer Unzahl von Apparaten geführt. Dieselben lassen sich ohne Zwang in zwei große Gruppen teilen. Einerseits in Apparate, welche die Hand bei der Aufwendung einer kurzdauernden, aber sehr intensiven Kraftleistung unterstützen, andererseits in solche, welche die dynamische Wirkung über eine lange Zeit hin ununterbrochen und gleichmäßig ausüben sollen. Wenn trotz der wahrlich nicht geringen Zahl einzelner Apparate wie ganzer Systemkomplexe unablässig neue Konstruktionen bekannt gegeben werden, so ist das ein hinlänglicher Beweis, daß das Vorhandene nicht nur verbesserungsfähig, sondern auch verbesserungsbedürftig ist.

Dies rein praktische Bedürfnis hat auch mir die Anregung gegeben zur Konstruktion eines Systems von Apparaten, das ich im folgenden in aller Kürze der Öffentlichkeit übergebe unter dem ausdrücklichen Vorbehalte der ausführlichen Publikation und des weiteren Ausbaues in einer demnächst erscheinenden größeren Arbeit.

Die Anforderung, die man an zweckentsprechende Apparate stellen muß, sind:

1) daß dieselben eine dosierbare, regulierbare, meßbare, konstante Kraftentfaltung gestatten, die mit dem Eintritt der Wirkung nicht außer Tätigkeit gesetzt wird;

2) daß die Kraftentfaltung, namentlich soweit medikomechanische Zwecke in Frage kommen, sowohl bei aktiver wie passiver Betätigung genau kontrollierbar ist, nicht nur für die einmalige Bewegung, sondern für die ganze Dauer einer Übung;

3) daß die Apparate selbsttätig, ohne Bedienung und Beaufsichtigung in Funktion bleiben;

4) daß die Konstruktion einfach, für die verschiedensten Zwecke verwendbar resp. adaptierbar, und ihre Anschaffung nicht mit derartiger Kostenaufwendung verknüpft ist, daß nur wohldotierte Institute dazu schreiten können.

Diesen Anforderungen sollen die Apparate genügen, deren System in seinen Grundzügen folgendes ist:

Als Kraftquelle dient die Kraft des fließenden Wassers, eine Kraft, die meines Wissens, in diesem Sinne wenigstens, bisher in der Heilkunde Verwendung nicht gefunden hat, die aber auch unter sonst primitiven Verhältnissen überall zur Verfügung steht. Zu ihrer Dienstbarmachung benutze ich ihre Übertragung auf den Kolben einer Pumpe, und zwar bei passiven Apparaten (Redressionsapparaten) der Druckpumpe allein, bei aktiven (medikomechanischen Apparaten) der Saug- und Druckpumpe.

Der Einfachheit und Kürze halber beschreibe ich die Wirkung an der Hand eines Beispieles, dessen Abbildung ich wiedergebe.

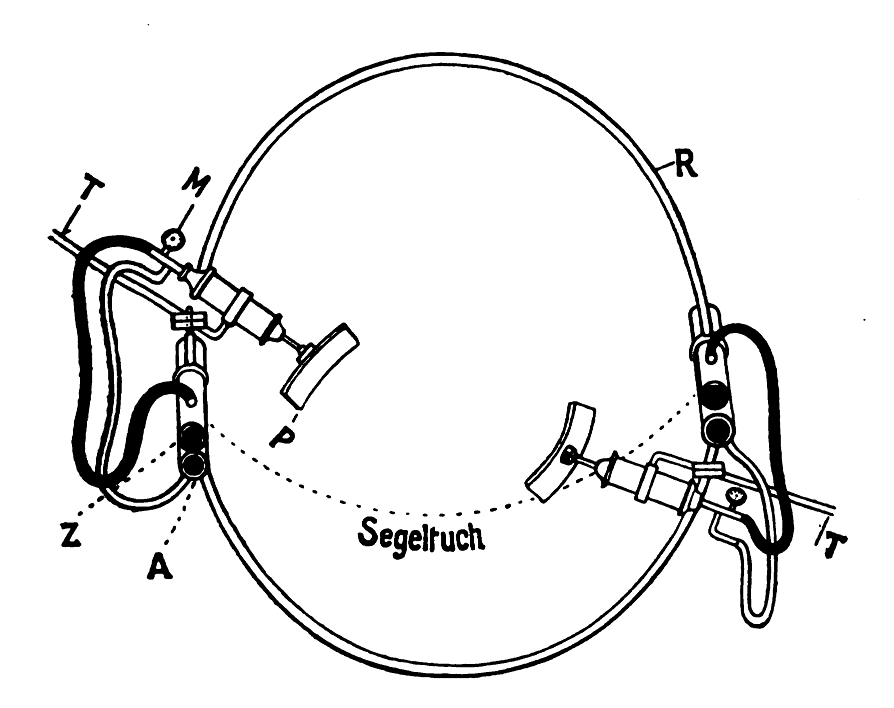


Fig. 1. Redression einer Skoliose.

Der Pat. liegt in Kopf- und Beckenextension auf einem durch Schraubenzug mehr oder minder straff spannbaren Segeltuchstreifen. Den Rahmen des Tisches bilden zwei U-förmig gebogene Röhren *A*—*Z*. Die zuführende Röhre *Z* ist an einem Ende mit der Wasserleitung — event. unter Einschaltung einer den Atmosphärendruck erhöhenden Pumpe — verbunden. Am anderen Ende findet sich ein Hahn, dessen Öffnung und Schließung zur Regelung des Innendruckes der Röhre dient, und ein einfaches Manometer gestattet jederzeit das Ablesen des augenblicklich wirksamen Wasserdruckes. Das direkt unter diesem Rohre *Z* liegende Rohr *A* ist Ableitungsrohr und nur an einem Ende offen. In dieses Röhrensystem können nun beliebig viele Abzweigungsleitungen eingeschraubt werden. Auf den Röhren ist ein Reif (*R*) verschieb- und feststellbar und auf ihm wieder die Pumpenträger

T—TI, die durch eine Stellschraube in jedem beliebigen Punkte des Raumes absolut fest und unverrückbar zu fixieren sind.

Auf diesen Pumpenträgern sind nun die Pumpen montiert, die am einen Ende von der Einströmöffnung, am anderen von der Stempelstange durchbohrt sind. Die Stempelstange trägt an ihrem freien Ende mit Kugelgelenkübersetzung eine kleine starke Pelotte, auf welche die eigentliche, nach dem Körper geformte Redressionspelotte (aus Gips, Zelluloid usw.) aufgesteckt wird.

Direkt über der Einströmöffnung befindet sich ein kleines Manometer zur Registrierung des jeweiligen Pumpeninnendruckes. Dann teilt sich das Einströmrohr in einen zu- und abführenden Schenkel, die durch Schläuche mit den zu- und ableitenden Hauptröhren verbunden sind und von denen jeder einen die lichte Weite regulierenden Stellhahn trägt. Der Druck, resp. die Schnelligkeit der Druckwirkung ist damit genau meßbar, dosierbar und regulierbar, sowohl durch die Weite und Größe des Pumpenzylinders selbst, wie durch das Spiel von Zu- und Ableitungsrohrweite gegeneinander. Die Kraft der Wirkung ist eine konstante, genau bestimmbare, und sie folgt von selbst ohne weiteres dem zu redressierenden Körperteile dauernd nach. Die einmal eingespannte Deformität steht unter genau bestimmbarer Redressionsdruckwirkung, die ganz nach Bedürfnis gesteigert oder gemindert, die stundenlang unter gleichbleibenden Bedingungen angewendet werden kann.

Vor allen seitherigen Apparaten hat der geschilderte voraus, daß a. die Anwendung und Einstellung eine äußerst einfache, b. der Druck ein andauernd gleichmäßiger, in seiner Stärke genau einstell- und registrierbarer ist, c. die Wirkung andauert, auch dann, wenn eine Teilredression erzielt ist.

Mein Apparat unterscheidet sich dadurch wesentlich von der Wirkung der Schraube, des Hebels, der Feder und der einfachen Gewichtsextension. Schraube und Hebel sind in ihrer Wirkungskraft auch nicht annähernd so leicht bestimmbar. Ihre Wirkung sistiert überdies im selben Augenblick, da der Körper durch Eintritt einer geringen Redression ausweicht. Die Federkraft bleibt zwar teilweise ebenfalls konstant in ihrer Wirkung, aber lange nicht in dem Umfange, wie der durch die vis a tergo fortgetriebene Pumpenstempel, und die Kraft der Feder läßt sich, genau wenigstens, weder messen noch regulieren. Die Extension mit Gewichten endlich wirkt nur als Zugkraft, und ihre Einstellung zur Druckwirkung macht umständliche, leicht verrückbare Überführungen nötig, die niemals auf lange Zeit hinaus Gleichmäßigkeit der Wirkung an der gewünschten Angriffsfläche bieten.

Das Gleiche, was hier für die Skoliose als Beispiel besprochen, gilt natürlich für jede Art von Deformitäten, und es ist wohl ohne viele Worte verständlich, daß der einfache Apparat ohne weiteres sowohl zur plötzlichen wie allmählichen Redression Verwendung finden kann.

Nahezu die gleiche Konstruktion dient aber weiterhin auch zum Bau medikomechanischer Apparate, und wie ungefähr die Wirkung derselben zu denken ist, soll Fig. 2 illustrieren, ebenfalls nur ein Beispiel, während in der Tat jedes Gelenk in jeder gewünschten Richtung behandelt werden kann.

Aus dem Bilde erhellt zur Genüge, daß auch hier wieder als Kraftquelle das strömende Wasser und als Übertragungsmittel einfache Pumpen dienen. Durch eine besondere Konstruktion weichen diese von den oben geschilderten nur insoweit ab, als durch Hebelübertragung eine automatische Selbstregulierung stattfindet. In dem Augenblicke, da der Stempel seine Tätigkeit als Druckkraft, hier die Extension des Armes, vollbracht hat, stellt er sich durch Umstellung der Einflußöffnung zur Zugkraft um, welche den extendierten Arm wieder flektiert, um im Momente, da die Flexion erreicht ist, sich abermals zum Extensionsstempel umzustellen. Für aktive Übungen läßt sich dieses Prinzip einfach derart anwenden, daß statt des selbständigen Zuströmens der Pat. gezwungen ist, durch seine Übungen das Wasser anzusaugen und bei der korrespondierenden Übung wieder auszupumpen. Durch Regulierung der lichten Weite des Zylinders, sowie der Ab-

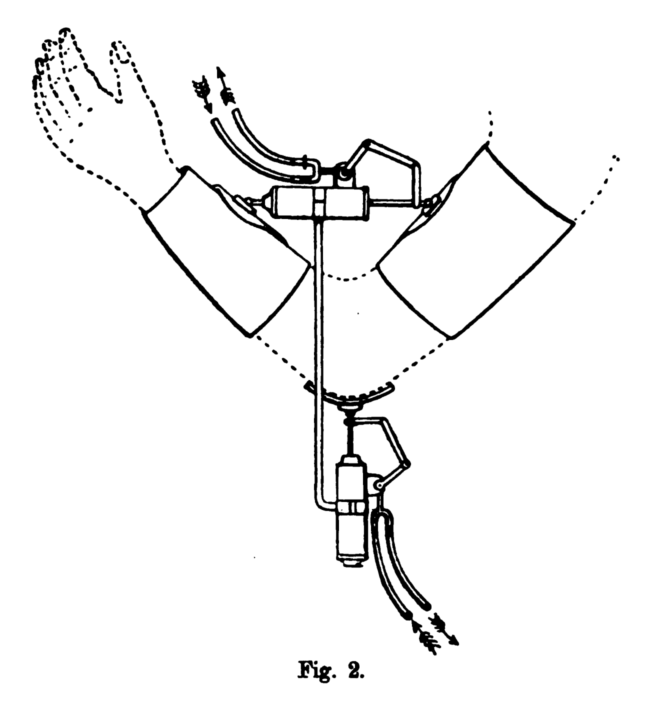


Fig. 2.

und Zufuhrröhren, läßt sich auch an diesen Apparaten eine genaue Dosierbarkeit der Stärke und des Tempos der Übungen erzielen. Ein Manometer gewährt die Möglichkeit, in jedem Augenblicke den Grad der funktionierenden Kraft abzulesen, verschiedene Länge des Stempels verbürgt die Möglichkeit, der Exkursionsweite der einzelnen erkrankten Gelenke sich anzupassen. Durch die automatische Umstellung ist der Pat. gezwungen, seine Übungen zu vollziehen, und eine in das Abflußrohr eingeschaltete Wasseruhr gestattet dem Arzte jederzeit, nicht nur den wirklichen Vollzug der Übungen zu kontrollieren, sondern auch nachzuweisen, welche Übungszahl stattgefunden hat.

Ohne Schwierigkeiten läßt sich berechnen, welche Wassermenge nötig ist, um einen Weg des Stempels zu erzielen; die Umrechnung aus der Gesamtwassermenge, welche die Wasseruhr abfließend passiert hat, ist ein höchst einfaches Exempel.

Zusammenfassend betrachte ich also als Vorzüge dieses Systems 1) die Einfachheit des Apparates, der sich überall anbringen läßt,

ja auch bei bettlägerigen Pat. Anwendung finden kann. Einige wenige Sätze der Pumpen genügen, um jede Übung vollziehen zu lassen, die noch nötigen einfachen Pelotten und Hülsen kann jeder Arzt für seinen Fall aus Gips, Hartfilz usw. selbst herstellen,

2) die trotzdem gegebene große und geschickte Kraftwirkung,

3) die genaue Regulier- und Dosierbarkeit, und endlich als besonderen Vorzug

4) die Möglichkeit, den Pat. auch ohne dauernde Aufsicht genau über seine Leistungen kontrollieren zu können, Fortschritte oder Stillstand der Funktion zahlenmäßig vor Augen zu haben.

Ich bin mir voll bewußt, daß bei der Vorzüglichkeit der in unserem Besitze befindlichen Apparatsysteme die Empfehlung und Einführung neuer Dinge eine gewisse Verantwortung mit sich bringt. Ich bin auch weit entfernt, meine Versuche als abgeschlossen zu betrachten und halte den weiteren Ausbau des Systems für nötig. Aber immerhin glaube ich schon heute sagen zu können, daß mit dem empfohlenen und bereits bei Kranken angewendeten System in mehr wie einer Hinsicht Vorteile verbunden sind, und daß es unsere therapeutische Leistungsfähigkeit erhöht. In den verschiedensten Variationen und auf den verschiedensten Gebieten kann es Anwendung finden, und in meiner ausführlichen Arbeit hoffe ich dies im einzelnen zugleich mit den klinischen Resultaten nachweisen zu können. Heute leitete mich nur die Absicht, das Grundprinzip meiner Apparate bekannt zu geben[1].

Breslau, den 15. Januar 1906.

---

1) **Hoffa** und **Rauenbusch.** Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. 10 Lieferungen.

Stuttgart, F. Enke, 1905.

Von dem neuen Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern liegt die erste Lieferung vor. Die Herausgeber wollen vor allem die praktisch wichtigeren orthopädischen Erkrankungen bringen. Das erste Heft zeigt in ganz vorzüglich scharf durch Lichtdruck wiedergegebenen großen Bildern Mißbildungen, Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule, wie Halsrippen, Skoliosen verschiedener Ätiologie, Spaltbildungen der Wirbelsäule, alte Verrenkungen und Knochenbrüche derselben. Ganz besonders hervorzuheben ist die Klarheit der Bilder auch von älteren Personen. Jeder Tafel ist ein ganz kurzer, erklärender Text beigegeben. **Renner** (Dresden).

---

2) **A. Lane.** On the operative treatment of simple fractures.

(Brit. med. journ. 1905. November 18.)

Unter Hinweis auf einige bestechende Beispiele empfiehlt Verf. hier wiederum seine bekannte Methode, subkutane Knochenbrüche als

[1] Die Apparate werden von der Firma Georg Härtel in Breslau I, Albrechtstraße, hergestellt und sind von dieser zum Patent angemeldet.

Indikation zum blutigen Eingriff anzusehen, wie er es bereits seit 13 Jahren tut. Wenn er sagt, daß die anfänglich heftige Befehdung seiner Theorien völlig erloschen sei und der Überzeugung Platz gemacht habe, daß die wirksamste Behandlung subkutaner Brüche die operative sei, so ist das wohl kaum allgemein gültig. — Für den glatten Verlauf fordert Verf. strengste Asepsis; die Instrumente allein dürfen die Wunde berühren, und zwar nur die Teile der Instrumente, die weder mit der Haut des Operateurs, noch des Kranken irgendwie in Berührung geraten sind. Tupfer sind mit Zangen zu verwenden. Die Knocheninstrumente sind, um jede Berührung der Finger mit der Wunde sicher zu vermeiden, mit besonders langen Stielen versehen. Zur Hautreinigung braucht Verf. zuweilen mehrere Tage, um durch feuchte Umschläge und Abreiben die derbe Epidermis beseitigen zu können. Ganz besonders dringend empfiehlt er lange Schnitte zur gründlichen Freilegung der Bruchstücke. Nach Beseitigung von Blutgerinnseln und Exsudat werden durch Zug und Hebung der Bruchstücke mit besonders kräftigen Zangen und Hebeln die Enden genau aneinander gebracht und mit Schrauben und Silberdraht in ihrer Stellung gehalten.

Die abgebildeten Instrumente und mehrere Röntgenbilder veranschaulichen das Gesagte. **Weber** (Dresden).

---

3) **Zangemeister.** Atlas der Cystoskopie des Weibes. In 4 Lieferungen. 54 Bilder auf 27 farb. Taf. mit erklärendem Text.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1906.

Z. hat mit diesem Atlas ein verdienstvolles Werk geschaffen, indem er sein schönes zeichnerisches und malerisches Talent (die Bilder sind selbst gezeichnet und gemalt) in den Dienst der cystoskopischen Blasenuntersuchung und Darstellung gestellt hat. Dadurch gewinnt sein Atlas einen großen Vorsprung vor anderen ähnlichen Werken, in denen nur Photogramme des Blaseninnern oder Bilder von fremder Hand gemalt geboten werden. Das Photogramm gibt immer nur ganz eng begrenzte Bezirke wieder ohne Licht und ohne Farben, oft recht undeutlich auch bei gut sichtbaren Verhältnissen; das Bild eines fremden Malers, der nicht speziell in der Cystoskopie völlig ausgebildet ist, wird gerade die charakteristischen Befunde nie mit der Treue und der Betonung wiedergeben, die der cystoskopisch geschulte Arzt wünschen muß.

Da Z. außerdem über ein reiches Material verfügt und seine Fälle mit Geschick gewählt hat, so kann sein Atlas, soweit er bisher vorliegt (zwei Lieferungen) als ein durchaus empfehlenswertes Werk bezeichnet werden, für den Lernenden sowohl wie für den Lehrer.

Der Atlas zerfällt in zwei Abschnitte, einen allgemeinen urologischen, der naturgemäß also auch Bilder bringt, die in der männlichen Blase ebenso vorkommen (Cystitis, Steine, Geschwülste) und in einen

speziell gynäkologisch cystologischen Teil, der die den gynäkologischen Fällen allein eigentümlichen Verhältnisse illustrieren soll. Aus dem allgemeinen Teil möchte ich besonders die zahlreichen, kleineren Ausschnittbilder über Cystitis hervorheben, die dieses überaus wechselvolle Krankheitsbild, namentlich was die Gefäßzeichnung anbetrifft, aufs schönste illustrieren.

Sehr wichtig sind die Bilder, die die Cystitis colli proliferans behandeln. Hier sieht man geschwulstartige, in der cystoskopischen Vergrößerung oft recht erheblich scheinende zotten- und beerenförmige Gebilde, die schon oft zu Fehldiagnosen eines Karzinoms oder Papilloms geführt haben. Eröffnet man eine solche Blase, so findet man darin zu seinem Erstaunen am Blasenhalse minimale Wärzchen und Wucherungen, die die Operation keineswegs als gerechtfertigt erscheinen lassen. Sie haben auch nichts für Karzinom in der Nachbarschaft (Uteruskarzinom) Charakteristisches, ihre genaue Kenntnis und getreue Wiedergabe im Atlas ist also sehr erwünscht.

Weniger hat mich die Darstellung der Tuberkulose befriedigt; es ist aber überhaupt sehr schwer, hierfür charakteristische Bilder zu bringen. Die Darstellung des bullösen Ödems dagegen, sowie der Blasenvenen, oberflächlicher und tiefliegender, ist wieder vortrefflich gelungen. Man kann den noch fehlenden Lieferungen mit großem Interesse entgegensehen. **Willi Hirt** (Breslau).

---

4) **Myles.** The difficulties of diagnosis in disease of the urinary bladder.

(Med. chronicle 1905. November.)

Die modernen Untersuchungsmethoden der Blasenkrankheiten lassen in vielen Fällen auch den Geübtesten im Stiche, während sie bei gewissen typischen Krankheitsbildern außerordentlich wertvoll sind. So ist es beispielsweise oft sehr schwer, ja unmöglich, auch mit dem Cystoskop festzustellen, ob eine Erkrankung der Prostata gutartiger oder bösartiger Natur ist, während wir andererseits für die Steinerkrankungen der Blase ein fast unfehlbares Diagnostikum besitzen, nämlich die Röntgenstrahlen.

Als dritten Punkt seiner Ausführungen behandelt Verf. eine Affektion der Blase, auf die er einen Hinweis in den Lehrbüchern vermißt, nämlich die Syphilis. Verf. hat eine Reihe von Fällen beobachtet, die klinisch als Hauptsymptom eine vollkommene Atonie der Blase ohne mechanisches Hindernis zeigten, und bei denen er Lues als Ursache ansprechen zu dürfen glaubte. In einem Falle konnte Verf. durch Sectio alta eine Geschwulst entfernen, die der Pathologe mit Wahrscheinlichkeit für ein Gumma erklärt. Weitere pathologisch-anatomische Untersuchnngen liegen nicht vor. Die Prognose derartiger Fälle ist stets ernst zu stellen. **Engelmann** (Dortmund).

---

5) **Beck.** The Roentgen method as a guide in operating for lithiasis of the urinary tract.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Dezember 23.)

Vielfach wird zu Unrecht noch dem Röntgenverfahren Unzuverlässigkeit bei Auffindung von Nierensteinen zugeschrieben. Wer die Methode beherrscht, kann die Steine in allen Fällen nachweisen, wie es auch dem Verf. gelungen ist. Er gibt genaue Beschreibung seines Vorgehens, das sich mit den bekannten in Deutschland angewandten deckt. Er hat in letzter Zeit stets bei Blasensteinen vor der Cystoskopie auch Röntgenaufnahmen gemacht und durch diese oft dem Kranken die cystoskopische Untersuchung ersparen können. Immer gelang es ihm, bei Blasensteinen auch Nierensteine als Quelle der ersteren nachzuweisen. Neuerdings beobachtet er die Wirkung steinlösender Medikamente (Urotropin z. B.) durch öfters in Zwischenräumen vorgenommene Röntgenaufnahmen. Einige lehrreiche Krankengeschichten sind beigefügt.

Trapp (Bückeburg).

6) **Schattenstein.** Urämie und enterogene Autointoxikation und deren Beziehungen zueinander.

(Monatsberichte für Urologie Bd. X. Hft. 11.)

Auf Grund ausführlicher Literaturstudien und eigener Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Bei akuter epileptiformer Urämie liegt häufig eine Steigerung des Druckes auf das Gehirn vor, daher ist therapeutisch die Lumbalpunktion oder der energische Aderlaß zu befürworten.

Bei enterogener Autointoxikation wird die Vergiftung der Hirnelemente durch toxische Substanzen bedingt, daher ist hier gründliche Reinigung des Verdauungstraktes die Hauptsache.

Willi Hirt (Breslau).

7) **Bernascond** et **Colombino.** Recherches experimentales sur la greffe d'un uretère dans celui du côté opposé.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juli.)

Die Tierversuche von Boari, Casati, Monari und Wissinger wurden von den Autoren fortgesetzt. Es kamen zwei Arten von Anastomosen zur Ausführung, eine hohe durch das Mesenterium und eine tiefe im kleinen Becken gelegene, »transmesenteriale«. Ein Teil der Versuchstiere ging an Peritonitis oder Bauchwandphlegmone zugrunde, etwa die Hälfte aber heilte mit einer so ausgezeichneten Funktion der Anastomose, daß Verff. nicht anstehen, das Verfahren für den Menschen zu empfehlen, wenn die direkte Naht oder die Einpflanzung in die Blase ausgeschlossen sind.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

8) **B. Schmitz.** Die Heftpflastermethode bei der Nierenbehandlung.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1905. Nr. 3.)

Die von A. Rose und später von N. Rosewater bei Enteroptose mit Heftpflasterverbänden gemachten guten Erfahrungen bestätigt S. unter Anführung einer einfacheren Methode gegen Wanderniere.

Der Verband kann 14 Tage bis 3 Wochen liegen und verträgt auch warme Bäder. Die Besserung äußert sich durch rasche Gewichtszunahme, durch die Verminderung des Eiweißgehaltes des Urins bei entzündeten Nieren und der ziehenden schmerzhaften Empfindungen bei Schrumpfniere. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

9) **Kallionzis.** Sur le traitement du cancer de l'utérus.

(Arch. intern. de chir. Vol. II. Fasc. 4.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Zeit noch nicht gekommen sei, definitiv zu entscheiden, welche Operationsmethode den Vorzug verdiene. Wenn auch der abdominale Weg viel Verlockendes besitze, so habe doch Verf. nach der Laparotomie schneller Rezidive auftreten gesehen wie nach der vaginalen Totalexstirpation. Dies hänge wohl damit zusammen, daß bei der erweiterten Methode so ausgedehnte Gewebspartien freigelegt werden. Ferner seien bei der Beurteilung nicht nur die Dauerresultate, sondern auch die primäre Sterblichkeit, die Gefährlichkeit des Eingriffes zu berücksichtigen.

Die vaginale Totalexstirpation sei bei begrenzten Neubildungen die Operation der Wahl, die Laparotomie die der Notwendigkeit, nämlich dann, wenn die Scheide zu eng, die Portio zu morsch oder der Uterus zu unbeweglich ist. **Engelmann** (Dortmund).

10) **Berger.** Trois nouveaux cas d'amputations interscapulo-thoraciques.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 8.)

Die von Jeanbran und Riche vereinigte Kasuistik von 125 Fällen der genannten Operation wird durch diese drei von B. mitgeteilten auf 128 mikroskopisch untersuchte gebracht, und zwar betraf Nr. 1 ein Sarkom des Humerus, 2) ein enormes, wiederholt rezidiviertes Chondrom desselben, 3) einen Fall von Lymphdrüsensarkom der Achselhöhle, wo eine nicht zugängliche Verletzung der Art. axillaris zur Unterbindung der Art. subcl. zwang, und zugleich die radikalste Eingriffsmethode nahelegte.

Anschließend hieran vertieft B. die statistischen Ergebnisse der vorausgehenden Arbeit, indem er gesondert prüft:

1) Die operative Mortalität der Amp. intersc.-thor. bei Geschwülsten des Oberarmes und solchen des Schulterblattes.

2) Die Dauererfolge bei bösartigen und nicht bösartigen Geschwülsten (Chondromen).

Schließlich schildert er seine jetzige Technik und Indikationsstellung.

Um mit dieser zu beginnen, stellt er sie im Gegensatz zu den weniger eingreifenden: Exartikulation des Oberarmes und Exstirpation des Schulterblattes; die letzten sind zu beschränken auf beginnende, noch recht kleine bösartige Geschwülste, besonders solche von nicht zu großer Bösartigkeit. Darüber hinaus tritt die Absetzung des Schultergürtels in ihr Recht. Sie ist auch angezeigt bei sehr großen Chondromen.

Hinsichtlich der Technik beginnt B. mit Durchtrennung des Schlüsselbeines in der Mitte, Ablösung der Weichteile bis zum Sternalende und Luxation (Vorteil: weiter, heller Zugang zur Subclavia, Fortfall des vorstehenden Schlüsselbeinendes). Nach Beendigung der Absetzung und sorgsamster Blutstillung werden die Taschen unter dem Serrat. maj. und Lat. dorsi durch besondere Öffnungen drainiert.

Geht die Neubildung vom Schulterblatt selbst aus, ist die Mortalität der Gürtelabsetzung etwa fünfmal größer als bei humeralem Ursprung; neun Fälle, die wegen Chondrom operiert wurden, heilten.

Hier sind auch trotz oft zahlreicher vorausgegangener lokaler Rezidive die Dauererfolge vorzüglich; nur einer von diesen ist bisher — nach 15 Jahren — gestorben. Ganz anders stellen sich natürlich die Zahlen für Sarkome, besonders kleinzellige —, die für den Oberarm 19—20, das Schulterblatt 13—14 Lebensmonate nach den Operationen angeben. Für etwa 7 von 30 sarkomatös Erkrankten (Riesenzellensarkom, Myxochondrom) konnte ein Nachleben von 7—9 Jahren erzielt werden. Doch beweist die Beobachtung von Küster, daß selbst eine scheinbare Heilungsdauer von 10 Jahren nicht gegen Rezidiv schützt. Es war nicht zu erwarten, daß die Ergebnisse der verdienstvollen Nachforschungen sehr viel ermutigender sein würden. Man darf daher wohl mit Spannung der Veröffentlichung der Dauerheilungen entgegensehen, welche uns die vorläufig allein konkurrenzfähige Methode der Röntgenbestrahlung enthüllen wird.

Christel (Metz).

---

11) **E. Plyette** et **A. Bruneau.** Des anévrysmes arterioveineuse de la sous-clavière.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 17.)

Obwohl die Verletzungen der Subclavia wohl meist tödlich verlaufen, bildet sich doch mitunter bei gleichzeitiger Verletzung von Arterie und Vene die arteriovenöse Verbindung mit ihren charakteristischen Symptomen aus, die Verff. mit dem seltsamen Namen »Phlebartérie« belegen. 19 Fälle sind bisher veröffentlicht, und es lohnt sich, aus ihnen ein Fazit zu ziehen, zumal hinsichtlich der Frage nach der Therapie. Zum Falle, den Verff. behandelten, ist nur zu bemerken, daß er zu den günstigst verlaufenen gehört, durch Schußverletzung entstanden und durch Zusammentreffen fast aller charakterischer Merkmale ausgezeichnet ist.

Die Arterienverletzung ist gewöhnlich von mehr oder weniger beträchtlicher Blutung nach außen gefolgt, die entweder spontan oder auf Kompression steht. Zehnmal bildete sich ein Hämatom aus, mit Suffusion in mehreren Fällen. Die Aneurysmenbildung läßt sich meist bereits innerhalb der ersten 12 Tage feststellen.

Diese ist als pulsierende Geschwulst von wechselnder Größe vor allem an ihrem Schwirren, weithin fortgeleiteten Blasen, das selbst ohne Aufsetzen des Ohres wahrgenommen wird, und die Pat. furchtbar belästigt, ohne weiteres zu diagnostizieren. Venenerweiterung, Ödeme, Störungen der Nervenfunktion (Paresen im Gebiete der Ulnaris z. B.) werden besonders im Anfange bemerkt, während sie nach Herstellung des Kollateralkreislaufes verschwinden können. Der Radialpuls der betroffenen Seite ist klein, oder fehlt, oder ist anisochron. Endlich ist partielle Gangrän durch Embolie, sowie wiederholt Nachblutung beobachtet worden. Sie ist es auch, welche die einzige berechtigte Indikation zu operativer Hilfe abgibt, deren Hauptgegenanzeige die Gefährlichkeit des Eingriffes darstellt.

Von sieben Operierten starben drei; bei zwei operativ Geheilten blieben gröbere Funktionsstörungen zurück. Hingegen ergibt die abwartende Behandlung — Kompression z. B. — nicht die Gelatineinjektion, die P. zurückweist, fast immer Heilung. Somit ist die 1865 von der »Soc. de chir.« festgelegte Ablehnung der operativen Behandlung des Aneurysma arterio-ven. der Subclavia noch heute gültig.

Christel (Metz).

---

12) **R. Kingmann.** Female type of hand in extension: or sigmoid carpus.

(Med. news 1905. November 18.)

Wenn man die Hände unter irgendeinem Vorwande, z. B. zur Prüfung des Tremors, gerade nach vorn ausstrecken läßt, so kann man einen männlichen und einen weiblichen Typus unterscheiden. Beide Arten von Konfiguration treten bei Erwachsenen in 85% auf und können deshalb als typisch bezeichnet werden. Die charakteristischen Merkmale des männlichen Typus bestehen darin, daß Vorderarm, Handrücken und Finger eine narbige »ebene« Fläche bilden, während beim Weibe der vom Verf. als »sigmoider Carpus« benannte Zustand beobachtet wird. Dieselbe Ebene bildet eine S-förmige Krümmung mit der Konvexität über der Handwurzel und der Konkavität über den ausgestreckten Fingern.

Bei Kindern sind diese Verhältnisse noch nicht entwickelt.

A. Hofmann (Karlsruhe).

---

13) **Kob.** Zur Ätiologie der Schenkelhalsfrakturen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 10.)

K. teilt die äußeren Traumen, welche bei jugendlichen Individuen hauptsächlich Brüche des Oberschenkelhalses herbeiführen, in drei

Kategorien. Erstens Sturz des Körpers auf die Füße, wobei am leichtesten die Übergangsstelle des Schenkelhalses in den Kopf bricht. Zweitens Fall oder Stoß auf den großen Rollhügel, z. B. beim Fall auf die Hüfte, wobei die Insertion des Halses an die Trochanterpartie gelöst wird, und wobei die starke Compacta des Halses in die weiche Spongiosa des Trochanters hineingetrieben wird mit meistens fester Einkeilung. Drittens Rißfrakturen des Halses an der Stelle der Trochanterinsertion durch Zug des starken Lig. Bertini bei äußerster Rückwärtsbeugung des Oberkörpers und bei fixiertem Oberschenkel. Eine Statistik der in den Jahren 1894—1902 in der Armee vorgekommenen Schenkelhalsfrakturen ist beigefügt. **Herhold** (Altona).

---

14) **Riedel.** Die Reposition der Luxatio obturatoria durch Ruck nach außen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 332.)

Der auf das Foramen obturatorium verrenkte Schenkelkopf muß, um reponiert zu werden, denselben Weg machen, den er genommen hatte, wozu direkter Druck in entsprechender Richtung, also nach außen, von Nöten ist. Dabei steht aber der vorspringende Kamm der Gelenkpfanne im Wege, den zu überwinden ein fester Ruck am besten geeignet ist. R. manöveriert folgendermaßen: der narkotisierte Pat. wird auf den Tischrand gelagert, ein um den Leib gelegtes Handtuch dient zum Gegenzug nach der gesunden Seite. Zwei kräftige Leute (die Gehilfen brauchen keine Doctores medicinae zu sein) extendieren das abduziert und etwas flektiert stehende Bein; im Moment ihrer größten Kraftleistung führt der Operateur, welcher von hinten her seinen rechten Arm um das obere Ende des Schenkels gelegt hat, den »Ruck« nach außen aus, wobei die Gehilfen den Kranken ordentlich festzuhalten haben.

R. verfügt über fünf Fälle von auf diese Weise ihm stets prompt gelungener Reposition von Luxatio obturatoria. — Die Arbeiten der Bevölkerung im Walde und in den Steinbrüchen Thüringens gaben durch Einwirkung fallender Baumstämme und Verschüttungen usw. Anlaß zu der Verletzung. Zum ersten Male wurde der »Ruck« bei einer veralteten Verrenkung probiert, die auch nach ausgedehnten Inzisionen sich nicht rühren wollte. Nachdem das Verfahren hier geholfen hatte, kam es regelmäßig zur Benutzung, und stets mit gleich sicherer Wirksamkeit. — Die Krankengeschichten werden mitgeteilt, desgleichen Photogramm eines Kranken und ein (ziemlich überzeichnetes) Röntgenbild. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

15) **L. Grounauer.** Considérations sur le traitement du pied bot varus équin congénital.

(Revue médicale de la Suisse romande 1905. Nr. 11.)

Bei Betrachtung der Klumpfußbehandlung zieht Verf. die nachstehenden Schlußfolgerungen:

»Die Equinusstellung ist das am schwersten zu beseitigende Symptom, mit dem man bei der Behandlung zu rechnen hat.

Bei sehr jungen Kindern, deren Skelett noch knorpelig ist, liegt das Haupthindernis in der Verkürzung der Muskeln und manchmal der Plantarfascie; bei diesen Pat., die nicht über $1^1/_2$ Jahre alt sein sollen, kann man eine relativ rasche Heilung ohne Eingreifen am knöchernen Apparat erreichen. Verf. bedient sich hier in der Mehrzahl der Fälle der rein orthopädischen Behandlung; sind die Muskelretraktionen besonders stark, dann folgt eine Sehnenverlängerung — niemals die einfache Durchschneidung —, eventuell noch die subkutane Durchtrennung der Plantarfascie.

Bei älteren Kindern, also mehr als $1^1/_2$ Jahre, sind die Verhältnisse schwieriger, hier bieten Knochen, Bänder und Sehnen gemeinschaftlich große Hindernisse dar.

Deshalb wird auch operativ vorgegangen, und zwar in der Beseitigung alles dessen, was der Korrektur der Difformität entgegen ist. (Phelps.)

Verf. steht also auf dem orthopädischen wie auf dem operativen Standpunkt, er kombiniert beide Methoden.

Eine Anzahl photographischer Abbildungen zeigen die Enderfolge bei den verschiedenen Behandlungsmethoden.

Kronacher (München).

Kleinere Mitteilungen.

Über eine Modifikation der Hautnaht nach Michel.

Von

Dr. **Max Samuel** in Köln a. Rh.

Auf dem XIII. internationalen Kongreß für Medizin zu Paris beschrieb Dr. Paul Michel eine neue Hautnaht (1). Er verwandte dazu Metallstreifen von 1 cm Länge und $2^1/_2$ mm Breite, welche in der Mitte ihrer umgebogenen Enden feine Spitzen tragen; zugleich gab Michel eine Pinzette an, welche es gestattete, hintereinander automatisch durch einfachen Fingerdruck die Klammern — das sind diese Metallstreifen — anzulegen.

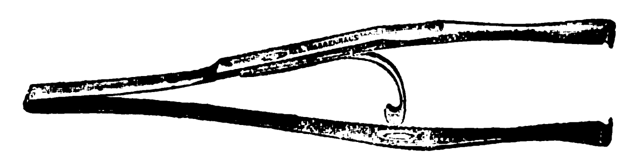
Die »Revolverpinzette«, wie Michel seine Pinzette nannte, ist sehr teuer und scheint auch häufig zu versagen (2). Sie hat sich, im Gegensatze zu den Wundklammern, nicht so recht einbürgern können. Die Anlegung der Klammern geschieht daher meist mittels einer einfachen Pinzette, welche an ihren Enden eine Aushöhlung hat.

Um nun einerseits Zeit zu sparen, andererseits die Wundränder besser zusammenzuhalten, habe ich Klammern in der Art anfertigen lassen, daß von einem gemeinschaftlichen Mittelstücke mehrere Arme ausgehen, welche Spitzen tragen und an ihren Enden umgerollt sind, entsprechend der Michel'schen Klammer. Die Abbildung zeigt eine Ausführungsform.

Das Anlegen der einzelnen Klammern würde erleichtert und beschleunigt, wenn der Operateur die Pinzette mit der Wundklammer so armiert in die Hand bekäme, daß er nicht zu fürchten hätte, die Klammer könnte jeden Augenblick bei Nachlassen des Fingerdruckes aus der Pinzette herausfallen. Zu diesem Zwecke habe ich an der Pinzette eine Federvorrichtung anbringen lassen. Beim Fassen der Wundklammer schnappt der Sperrzahn der Feder in den Arm der Pinzette

ein (s. die Abbildungen). Dadurch wird die Klammer festgehalten. Nach Anlegung der Klammer federn die Arme der Pinzette infolge ihrer Eigenspannung wieder auseinander. Während der Operierende die Klammer anlegt, spannt der Assistent in eine zweite Pinzette eine neue Klammer ein.

Bei fehlender Assistenz ist die Pinzette wie jede andere zu gebrauchen, indem man durch eine Vierteldrehung die Feder herausnimmt.



Pinzette geöffnet.



Wundklammer.



Pinzette geschlossen.

Die Entfernung der Wundklammern geschieht am einfachsten durch eine kleine Zange, welche man unter die Klammern schiebt, um durch Geradebiegen dieselben aus der Haut herauszuhebeln. Als weiteres Verfahren erwähne ich, daß die Klammer vermittels zweier chirurgischer Pinzetten, welche beiderseits die umgebogenen Enden fassen, sich herausziehen läßt. Man hat auch kleine Metalldrähtchen angefertigt, welche es ermöglichen, die Klammer durch Einschieben in die an ihrem Ende befindlichen Öffnungen zu entfernen. Und schließlich hat man die Wundklammer abgenommen, indem dieselbe mit einer Schere durchschnitten und jedes Stück dann herausgenommen wurde.

Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Sonnenburg sage ich für die bereitwillige Prüfung der Wundklammer und Pinzette auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

Ich halte nach meinen bisherigen eigenen Erfahrungen die von Herrn Dr. Samuel angegebene Modifikation der Hautnaht nach Michel für brauchbar.

Berlin, Krankenhaus Moabit, 13. Januar 1906. Sonnenburg.

Klammern und Pinzetten sind vom Medizinischen Warenhaus zu beziehen.

Literatur.

1) Paul Michel (Paris), Procédé de suture par agrafage de la peau. Congrès international de médecine. Paris 1900.

Paul Michaux, Sur un nouveau procédé de suture cutanée par agrafage métallique. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris.

2) M. Berger, Sur un mémoire de M. le Dr. Michaux concernant un nouveau mode de suture par agrafage de la peau. Bull. de l'academie de médecine. Paris 1900.

---

16) **Paschkis.** Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo.

(Monatsschrift für Urologie Bd. X. Hft. 10.)

Verf. fand an dem Penis eines 4—5monatigen Embryos drei Gänge, zwei lange und einen kurzen, die nahe der hinteren Kommissur des Orificium externum, knapp hinter ihr von der Harnröhre abgingen, annähernd parallel mit der Harnröhre und aneinander (von vorn oben nach hinten unten) verlaufen, und blind noch in der Eichel enden. Verf. spricht diese Gänge als Divertikel an, deren Lokalisation so

weit vorn in der Glans auffallend ist. Sie hätten nach Abschluß des Wachstums ziemlich lange und geräumige Gebilde dargestellt. Bei einer gonorrhoischen Infektion hätte die Mitbeteiligung dieser Gänge eine wesentliche und schwer eruierbare Komplikation abgegeben. **Willi Hirt** (Breslau).

17) **Lecène.** Epithelioma de l'urèthre balanique propagé au gland.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juni.)

Bei einem 48jährigen Manne begann diese seltene Krankheit mit Brennen beim Urinlassen, dann zeigte sich eine stecknadelkopfgroße Ulzeration im Orificium. Quecksilberbehandlung war resultatlos. Nach ungefähr einem Jahre war die ganze Eichel holzartig infiltriert, ohne daß man von einer Geschwulst sprechen konnte. Oberhaut, Präputium und Sulcus glandis waren ganz frei. Nach der Penisamputation bestätigte sich die Diagnose: Die Harnröhre der Eichel war ulzeriert und mit feinen Knötchen bedeckt; von da ging die Infiltration in die Corpora cavernosa hinein. Mikroskopisch war es ein tubulöses Plattenepithelkarzinom.

In der Diskussion hierüber berichtet Cornil über einen ähnlichen Fall und Bender über ein solches Karzinom beim Weibe.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

18) **C. Roux.** Quelques cas de prostatectomie.

(Rev. méd. de la Suisse romande 1905. Nr. 11.)

Außer einigen früher operierten partiellen Resektionen der Prostata erwähnt Verf. drei von ihm in letzter Zeit ausgeführte, perineale totale Prostatektomien. Seit einem Jahre hat er nur mehr nach Freyer's Methode, und zwar 16mal operiert. Er operiert nur Kranke, die es wünschen, nachdem er ihnen die Vor- und Nachteile der Operation gegenüber den vielen Unbequemlichkeiten dieser Krankheit auseinandergesetzt hat. Wenn die erhaltenen günstigen Resultate bestehen bleiben, wird man die Indikationen erweitern und die Prostatektomie als die beste Behandlung vorschlagen.

Von den operierten Pat. waren drei 61—64 Jahre, die anderen 66—74 Jahre; sie befanden sich sämtlich in einem schon fortgeschrittenen Stadium — Retention, Steine, Infektion, permanenter Katheter u. a. m. Die Operation ist die bekannte; Verweilkatheter wurde nicht angewandt, dafür stets die Wunde drainiert.

Ein Pat. starb, ein anderer behielt eine kleine, undurchgängige Fistel, ein dritter leidet noch an purulenter Cystitis (wahrscheinlich hat er einen neuen Stein), die übrigen befinden sich gut. **Kronacher** (München).

19) **Cumston.** Remarks on renal traumatism.

? ? ?

Unter kurzer Berücksichtigung der einschlägigen Literatur berichtet Verf. über drei Fälle von Nierenquetschung, die mit starkem Chok, Blutung und lokaler Schmerzhaftigkeit einhergingen. Es handelte sich um Männer mittleren Alters, von denen der eine durch ein Lastfuhrwerk, der zweite durch ein Automobil überfahren war, während der dritte aus der zweiten Etage eines Hauses herabfiel und mit der Seite auf einen Steinhaufen aufschlug.

Fall 2 war insofern noch interessant, als sich infolge starker Quetschung eine Hämorrhagie ausgebildet hatte, die sich palpatorisch entlang dem Psoas bis zur Blase hin erstreckte und eine Kontrakturstellung des Oberschenkels auf derselben Seite bedingte. Alle Fälle kamen zur völligen Ausheilung, die beiden ersten durch Bettruhe und Eisapplikation, während bei dem letzten infolge sekundärer Infektion die Nephrotomie und Drainage nötig war. **Jenckel** (Göttingen).

20) **Ekehorn.** Die Funktion der Niere nach durchgemachtem Sektionsschnitte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

Verf. hat eine Reihe von Nieren, bei denen der Sektionsschnitt gemacht worden war, auf ihre Funktionstüchtigkeit untersucht. Er ist der Ansicht, daß sich seine

Prüfungen noch auf zu kurze Zeit beschränken, also noch weiterer Verfolgung bedürfen. Immerhin läßt sich erkennen, daß der Sektionsschnitt keine nennenswerte Herabsetzung der Nierenfunktion herbeizuführen braucht, wenigstens nicht während mehrerer Monate nach dem Eingriff. In einem der beobachteten Fälle ist E. allerdings geneigt, eine Herabsetzung als möglich anzunehmen, obschon Mängel der Untersuchung diese Annahme etwas zweifelhaft erscheinen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

21) **Harris.** Renal decapsulation in nephritis, with report of a case.

(Johns Hopkins hospital bull. 1905. Dezember.)

Chronische Nephritis bei einem 20jährigen amerikanischen Chinesen, Ödeme, starker Ascites, der oft zu Punktionen nötigte.

Aushülsung beider Nieren in einer Sitzung am 17. Dezember 1903 (Operateur Dr. Stillmann).

Zunächst noch kein sichtlicher Erfolg, mehrfache Punktionen des Leibes.

Besserung im Februar 1904, am 3. März geheilt entlassen. Die Heilung war noch im April 1905 eine vollkommene.

Literaturübersicht. **W. v. Brunn** (Rostock).

22) **Bindo de Vecchi.** Doppelseitiges Nierensarkom mit chromaffinen Zellnestern. (Aus dem patholog. Institut der Universität Bologna.)

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 282.)

Bei der Sektion eines $1^1/_2$jährgen Kindes fand sich ein doppelseitiges beginnendes Sarkom des Nierenhilus, das seinen Ursprung im Bindegewebe des Nierenbeckens und der Kelche hatte. Infolge vorhandener Einlagerung von Gewebsinseln, deren Zellen die charakteristischen, morphologischen und chemischen Zeichen des chromaffinen Gewebes zeigen, mithin von dem Marke der Nebenniere abstammen, wird die Geschwulst zu den Mischgeschwülsten gezählt. Ein Analogon für ihre histologische Beschaffenheit fand Verf. in der Literatur nicht vor.

Doering (Göttingen).

23) **Stark.** Case of chronic inversion of the uterus, resulting from carcinoma.

(Glasgow med. journ. 1906. Januar.)

Eine 57jährige Frau, Mutter von fünf Kindern, seit 11 Jahren nicht mehr menstruiert, erkrankte mit blutigem Ausfluß; nach einigen Monaten sah Verf. sie und fand eine große Geschwulst, die die Scheide ausfüllte. Da Pat. äußerst heruntergekommen war, beschränkte sich Verf. auf Abtragung der Geschwulst; dabei konnte er feststellen, daß eine fast vollkommene Inversion des Uterus bestand, hervorgerufen durch die am Fundus entstandene Geschwulst. Die Inversion ließ sich nicht beseitigen. Die Kranke starb 3 Monate später. Die histologische Struktur entsprach einem Karzinom von endothelialem Typus. Derartige Fälle scheinen äußerst selten zu sein. **W. v. Brunn** (Rostock).

24) **H. Grube.** Der vordere Scheiden-Leibschnitt, seine Technik und Indikation mit inter operationem aufgenommenen Situationsbildern.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde usw. Herausgegeben von M. Gräfe.)

Halle a. S., **Marhold**, 1905. 59 S.

Ref. muß sich darauf beschränken, hier die Resultate, die G. bei 70 Operationen erhielt, mitzuteilen. Operiert wurde wegen Myomen, Adnexgeschwülsten, Tubarschwangerschaft. Eine Kranke mit Saktosalpinx hat Verf. am 3. Tage an Streptokokkenperitonitis verloren. Einmal mußte bei einer Tubarschwangerschaft wegen sehr starker Blutung zur Laparotomie übergegangen werden, und einmal wurde die Blase beim Ablösen in Ausdehnung eines Fünfpfennigstückes eröffnet. Nach sofort ausgeführter Blasennaht erfolgte die Heilung der Blasenwunde ohne

weitere Störung. Durch eine Anzahl Photographien, die während der Operationen aufgenommen wurden, werden die einzelnen Phasen des Eingriffes demonstriert.

Neck (Chemnitz).

25) **E. Jeanbran.** Ostéo-sarcome de l'humérus propagé aux parties molles, amputation interscapulo-thoracique; survie d'un an.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 8.)

26) **E. Jeanbran** et **V. Riche.** La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes.

(Ibid.)

Die Krankengeschichte des oben bezeichneten Falles von knochenbildendem Sarkom des oberen Humerusdrittels mit Infiltration des Biceps-, Triceps- und Deltamuskels bietet nichts Besonderes; sie beginnt mit Spontanfraktur, die nicht konsolidiert, bald von Schwellung des Oberarmes, später Ödem des ganzen distal gelegenen Abschnittes gefolgt wird. 9 Monate nach Beginn der Erscheinungen wird die Operation nach Berger-Farabeuf ausgeführt, mit Vermeidung jedes starken Ziehens an den Nervenstämmen, um Chok zu verhüten. Die mikroskopische Untersuchung ergab Knocheneinschmelzung und -Neubildung und Riesenzellen.

Die zweitgenannte Arbeit stellt mehr ein Referat mit Ergänzungen einer These von R. dar, welche auf J.'s Veranlassung die Ergebnisse einer ausgedehnten Forschung über die Resultate der Exartikulation des Schultergürtels zusammenfaßt. 66 Chirurgen stellten ein Gesamtmaterial von 188 Fällen zur Verfügung.

Von diesen werden vor allem 125 verwendet, bei denen die Bösartigkeit der Affektion durch mikroskopische Untersuchung festgestellt ist. Die übrigen 63 sind z. T. wohl Fälle, bei denen, sei es wegen operativen Todesfalles, oder weil der Ausgang keinen Zweifel an der Diagnose ließ, die Bestimmung der Geschwulstart unterblieb.

Die operative Mortalität betrug bei den

125 untersuchten Fällen 8%, bei den 63 nicht untersuchten 17%.

Gesamtmortalität 11,1%.

Davon fallen 35 Operationen mit 29% Todesfällen vor, 153 mit 7,84% auf die Zeit nach 1887, wodurch der hervorragende Einfluß der Berger-Farabeuf-schen Technik auf die Ausbildung der Operation bewiesen werde.

105 Beobachtungen gestatten bei mikroskopischer Diagnose der Bösartigkeit die Feststellung der Dauerresultate. 22 von diesen lebten noch Juni—Oktober 1904. Das bedeutet ein Durchschnittsminimum von 5 Jahren 2 Monaten. Für die ganzen 105 berechnen Verff. einen Durchschnitt von 35 Monaten Überleben; das gleiche ergibt sich für 34 Kranke ohne mikroskopische Diagnose. Als geheilt sind bekannt die von Küster, Körte, Ochsner, Roth, Ollier, Berger, Chavasse, Syme. Eine Tabelle und kurze Angabe der einzelnen Beobachtungen lassen alle Einzelheiten der statistischen Bearbeitung erkennen.

Christel (Metz).

27) **Hildebrandt.** Über eine neue Methode der Muskeltransplantation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

Bei einem Mädchen im Alter von 4 Jahren bestand eine völlige Lähmung der linken Schulter und infolgedessen ein Schlottergelenk und Unfähigkeit den Arm zu heben. Durch operativen Eingriff wurde erstrebt, den noch funktionierenden Musculus pectoralis major zum Ersatze des gelähmten Deltoides zu transplantieren. Dies geschah in der Art, daß nach Bildung eines großen Hautlappens mit unterer Basis der Pectoralis major allseitig von seiner Unterlage und von seinen Ansätzen freipräpariert wurde, so daß er nur noch an seinem Armansatze hing. Die Nervi thoracici anteriores und die großen Gefäße wurden dabei sorgfältig geschont. Mittels einer Drehung von 80° wurde der losgelöste Muskel an das laterale Drittel des Schlüsselbeines und des Akromion durch derbe Catgutnähte befestigt, nachdem eine Rinne in den weichen Knochen geschnitten war. Der Erfolg des Eingriffes war

der, daß 6 Wochen nach demselben kein Schlottergelenk mehr bestand und Pat. den Arm nach vorn bis fast zur Horizontalen heben konnte.

Weiterhin hat Verf. experimentelle Versuche gemacht nach der Richtung hin, wie weit man in der Schonung von Nerven und Gefäßen des Muskels gehen muß, um ihn mit Erfolg zu Transplantationen verwenden zu können. Er fand, daß es gelingt, einen Muskel, welchen man fast völlig aus der Zirkulation ausgeschaltet hat, im Körper wieder einzuheilen und in seiner Funktionsfähigkeit zu erhalten, wenn man ihm seinen Nerv, d. h. den Zusammenhang mit dem Zentrum, sowie die diesen versorgenden Blutgefäße läßt. Wenn auch der größte Teil seiner Fasern infolge der Hemmung des Kreislaufes eingeht, so bleibt doch die Regenerationsfähigkeit in vollkommener Weise erhalten. Jedenfalls lehren die Versuche, daß bei jeder Muskeltransplantion die Eintrittsstelle des oder der Nerven zu schonen, und daß die Transplantation eines Organes nur dann möglich ist, wenn sein Zusammenhang mit demjenigen Zentrum erhalten bleibt, von dem es den Impuls zu seiner Tätigkeit erhält. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

28) **Cernezzi.** Leiomioma del muscolo bicipite brachiale.

(Riforma med. Bd. XXI. Nr. 33.)

Der 32jährige Mann bemerkte seit 2 Jahren eine spindelförmige Geschwulst etwa über der Mitte des Biceps. Ätiologie unbekannt; rascheres Wachstum in letzter Zeit nach einem Trauma. Die Geschwulst ist beweglich, bei angespanntem Biceps jedoch weniger verschieblich, ist schmerzlos, verursacht nur mitunter das Gefühl des Ameisenlaufens in der Hand; die Lymphdrüsen sind frei. Die Geschwulst ließ sich unter lokaler Stovainanästhesie ohne Schwierigkeit aus einer Nische des Biceps herausheben. — Die mikroskopische Untersuchung ergab lediglich glatte Muskelfasern, also den überraschenden Befund eines Leiomyoms, dessen Herkunft vom Biceps nicht zu deuten war. **A. Most** (Breslau).

29) **Hamilton.** A case of congenital synostosis of both upper radioulnar articulations.

(Brit. med. journ. 1905. November 18.)

Die in der Überschrift genannte, äußerst seltene Anomalie fand sich bei einem 32jährigen Manne als angeborene Erscheinung und bedingte den Ausfall von Pronation und Supination. Verf. faßt sie auf als Atavismus im darwinistischen Sinne, als eine Rückkehr zu einer der niedrigen Entwicklungsformen des Ellbogengelenks in der Reihe der Säugetiere. **Weber** (Dresden).

30) **Marchesi.** Beiträge zur Pathologie, Diagnostik und Therapie des schnellenden Fingers.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 364.)

Den wertvollsten Teil der M.'schen Arbeit bilden acht Krankengeschichten von schnellendem Finger, in denen es sich um erfolgreiche Operationen durch Prof. Hägler handelt. Die autoptischen Operationsbefunde legen jedesmal die feine Mechanik des Schnellfingerphänomens klar, ebenso wie sie die Technik der operativen Behandlung ersichtlich machen. Durch gute Zeichnungen der anatomischen Verhältnisse ist für ein leichtes Verständnis dieser Dinge gut gesorgt. Die Befunde lassen sich in vier Gruppen bringen: I. Fall 1—3. Es hat eine sehr feine, aber verhältnismäßig tiefe Schnitt- oder Stichwunde der Fingerbeugeseite stattgefunden. Nach Heilung derselben tritt das Schnellen ein, als dessen Grund sich eine geringfügige Sehnenverletzung ergibt. Bei der Verwundung ist ein Sehnenrand leicht eingekerbt gewesen, und haben sich die abgespaltenen Sehnenfaserstückchen zu einer Art kleiner Geschwulst aufgeknäuelt, die beim Passieren enger Stellen der Sehnenscheiden, z. B. am Chiasma oder am Metacarpophalangealgelenke, nur mit einem Ruck oder Sprunge gleiten kann. II. In Fall 4 lag ein kleines Fibrosarkom vor, das, an beschränkter Stelle mit der Sehnenscheide verwachsen, eine Delle in die Sehne gedrückt hatte. III. In Fall 5 und 6 waren die Sehnenscheide und

Sehnenkörper Sitz von Granulationen, wohl tuberkulöser Art, welche beide Teile durch Verdickung holperig machten. IV. In Fall 7 und 8 fand man bei unveränderter Sehnenscheide umschriebene Verdickungen der Sehne unbekannten Ursprunges. Hier genügte die einfache Sehnenscheidenspaltung ohne nachfolgende Naht derselben, während sonst auch die Exstirpation der gefundenen kleinen Geschwülstchen bzw. Granulationen vorzunehmen war. Sämtliche Fälle sind geheilt.

Im übrigen enthält die Arbeit eine gute Allgemeinbesprechung der Krankheit unter gründlicher Berücksichtigung der Literatur, von welcher zum Schluß ein 27 Nummern zählendes Verzeichnis gegeben ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **Dunin.** Chronische Eiterung an den Fingern mit Ablagerung von kohlensaurem Kalk.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 4.)

D. beobachtete in zwei Fällen in fast identischer Weise unter der Haut der Volarflächen der Finger weißliche Ablagerungen, zum Teil diffus, zum Teil in Form von kleinen Konkrementen. Er hielt diese Ablagerungen zunächst für gichtischer Natur, allein zur Probe entnommenes Material zeigte, daß es sich nicht um Harnsäure, sondern um kohlensauren, zum Teil phosphorsauren Kalk handelte. An einer Stelle bekam D. neben diesen Kalkkristallen einen Tropfen Eiter, der aber steril war. Im Laufe der Jahre bilden sich oft solch kleine weiße Flecken, welche entweder bestehen bleiben, oder es platzt gelegentlich die Epidermis und ein kleines Steinchen wird frei.

Die Natur der Erkrankung ist rätselhaft. In der Literatur finden sich allein Beobachtungen von Wildbolz, die ähnliches darbieten. **Haeckel** (Stettin).

32) **Gaudier.** A propos d'un cas de »coxa vara« traumatique de l'enfance traité par l'ostéotomie cervicale et guéri.

(Rev. d'orthopédie 1905. Nr. 2.)

Ein 13jähriger Junge hatte sich vor 3 Jahren einen Schenkelhalsbruch linkerseits mit verhältnismäßig so geringen Erscheinungen zugezogen, daß die richtige Diagnose erst nach längerer Zeit gestellt wurde, und hatte sich dann vor 6 Monaten durch einen Fall vom Rade eine neue Hüftverletzung dazu geholt. Außendrehung des Beines fast im rechten Winkel zur Pfeilebene, zum Ausgleich des Höhenunterschiedes beider Fersen 4 cm Erhöhung auf der linken Seite nötig; die linke Spina i. s. steht 3 cm höher als rechts, der linke Trochanter steht der Spina 3 cm näher als der rechte. Beugung und Streckung frei, Abziehung unmöglich, Zuziehung beschränkt. Die Osteotomie des Schenkelhalses hinterläßt ein nur um 1 cm verkürztes Bein und gute Funktion bei guter Stellung. Der Kopf war im Gelenk noch beweglich. **Hermann Frank** (Berlin).

33) **De Gaëtano.** Di un linfangioma enorme della coscia.

(Giorn. internaz. delle scienze med. Vol. XXV.)

Der interessante Fall des Verf.s ist der folgende. Ein sonst gesunder 31jähriger Fuhrmann bemerkte seit seinem 19. Lebensjahr eine langsam zunehmende Anschwellung der rechten Hüfte und des Oberschenkels. Dann und wann bildeten sich Bläschen, die ihren serösen Inhalt entleerten und abheilten. Im 29. Lebensjahr innerhalb 4 Monaten rapide Volumenszunahme besonders an der inneren Seite des Schenkels, woselbst schließlich eine Hautblase platzte und etwa 30 Liter einer alsbald gerinnenden Flüssigkeit sich entleerten. Das Bein schwoll vorübergehend ab, doch stellten sich Fieberanfälle ein. Es wurde damals die große Geschwulst an der Innenseite der Leiste mit der Fascie entfernt. Primaheilung, Abschwellen des Beines. Nach einem Jahre Rezidiv nach hinten von der Narbe: erneutes Anschwellen, Geschwulstbildung, Blasenbildung in der Haut; die Blasen platzten und entleerten oft 10—20 Liter milchiger Flüssigkeit, zum Teil im Strahle. Dazu kamen wiederholte Fieberanfälle mit Schüttelfrost, Erbrechen und entzündlicher

Rötung des Beines. Schließlich stellte sich eine Geschwulstbildung in der rechten Fossa iliaca, der Regio lumbalis und Hypochondriaca ein, so daß man den Eindruck hatte, als handle es sich um einen lymphangiektatischen Prozeß der ganzen rechten unteren Rumpfhälfte und des rechten Beines.

Die exstirpierte Geschwulst zeigte größtenteils schwammiges Gefüge, aus dem sich auf Druck jene milchige Flüssigkeit entleerte, zum Teil enthielt sie festere Partien. Histologisch war sie als Lymphangiom mit cystisch-kavernösem Charakter anzusprechen. **A. Most** (Breslau).

34) **M. H. Morestin.** Quatre cas d'anévrysmes fémoraux.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juli.)

M. hat vier Aneurysmen der Schenkelarterie operiert. Das erste bei einer 74jährigen marastischen Frau wegen Gefahr des Platzens. M. beschränkte sich auf eine Unterbindung der A. iliaca externa in Lokalanästhesie. Pat. starb am nächsten Tage; eine Obduktion fand nicht statt.

Die zweite Pat., eine 45jährige schwächliche Negerin, trug zwei Aneurysmen an ihrem rechten Oberschenkel, die, durch eine vier Querfinger breite Brücke von einander getrennt, beinahe die ganze Länge des Schenkel von der Gegend des Knies bis zum Poupart'schen Bande einnahmen. Das obere war 3 Querfinger hoch und $2^1/_2$ breit. Das untere konnte von zwei ausgebreiteten Händen nicht bedeckt werden. Die Operation begann mit Unterbindung der A. iliaca externa und mit Exstirpation des kleineren Sackes, welche leicht gelang. Darauf folgte die Inzision des großen Sackes und die Unterbindung der ab- und zuführenden Arterienlichtung. Da es sich offenbar um ein früher geplatztes Aneurysma handelte, wurde hier von einer Exstirpation der Wandungen abgesehen, die Vena femoralis wurde erhalten. Trotz geringen Blutverlustes und Fehlens einer Nachblutung Tod in einigen Stunden.

Fall 3 und 4 betrafen zwei Neger im Alter von 41 und 43 Jahren. Beide waren Luetiker, der eine auch Alkoholist. Das eine Aneurysma von etwa Zweifaustgröße saß in der Mitte, das andere, von Eigröße, in der Gegend des Adduktorenschlitzes. In beiden Fällen Exstirpation des Sackes, im ersten ohne, im zweiten mit Unterbindung der Vene. Beide heilten.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

35) **M. Strauss.** Zur Kenntnis der sogenannten Myositis ossificans traumatica.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall von Myositis ossificans traumatica des Oberschenkels, der sich an eine Verletzung beim Fußballspiel anschloß. Der Krankengeschichte mit Operationsbefund und mikroskopischer Untersuchung ist eine genaue Zusammenstellung der Kasuistik und eine Besprechung der Literatur über diesen Gegenstand beigefügt, in welcher das klinische Bild der Erkrankung bis in alle Details besprochen wird. S. betrachtet es für gesichert, daß es Fälle gibt, die lediglich vom Muskelgewebe ausgehen. Andererseits gibt es Fälle, die unter dem Zusammenwirken des peri- und paraostalen Gewebes entstehen. Bei den meisten Pat. ist wohl das Periost mit verletzt und wird sich durch eine bindegewebige oder knöcherne Spange mit der Neubildung im Muskel in Verbindung setzen. Von den Bestandteilen des Muskels ist das Perimysium internum dasjenige Gewebe, welches für die Verknöcherung in Betracht kommt. An den Muskelfasern kann Degeneration und Entzündung auftreten; und zwar spielen diese beiden Prozesse sich nach- und nebeneinander ab. Das eigentliche Wesen der Krankheit hält Verf. noch nicht für klar gelegt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

36) **H. B. Gessner** (New Orleans). Nerve blocking to prevent amputation shok; illustrative reports of two thigh amputations.

(Amer. journ. of surg. 1905. Dezember.)

In zwei Fällen von Oberschenkelamputation (wegen Tuberc. genu und Chondrosarcoma tibiae) wurde nach Bildung der Hautlappen vor Durchschneidung des

Ischiadicus und Saphenus eine Ödemisierung dieser Nerven mit Kokain (im ganzen 0,072 g) gemacht. Der Puls blieb trotz des Eingriffes ruhig, und Shokwirkung wurde vermieden. Außerdem wurde vor und während der Operation Strychnin. sulf. hypodermal appliziert. **Goebel** (Breslau).

37) P. Bockenheimer. Einige Bemerkungen über die blutige Behandlung der Querfraktur der Patella.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 1.)

In der v. Bergmann'schen Klinik wird prinzipiell die Naht bei Querbruch der Kniescheibe ausgeführt. B. hält es für unmöglich, auf unblutige Art die Bruchstücke dicht aneinander zu bringen. Die Blutergüsse, Blutgerinnsel, interponierten Weichteile, das Umkippen der Bruchstücke durch Muskelzug oder eigene Schwere hindern die Möglichkeit einer Aneinanderlagerung, die allein eine knöcherne Vereinigung garantiert. Eine sachgemäße Vereinigung auch des zerrissenen Bandapparates ist nur durch eine breite Eröffnung des Gelenkes möglich. Im allgemeinen ist der Eingriff innerhalb der ersten 8 Tage nach dem Unfall auszuführen. Die Esmarch'sche Binde wird am besten nicht angelegt, damit sofort eine genaue Blutstillung erfolgen kann, welche die Vorbedingung für glatte Heilung ist. Der Hautschnitt wird quer über die Mitte der Kniescheibe gelegt, alles Blut und sämtliche Gerinnsel werden peinlichst entfernt, eine Berührung der Wundfläche mit den Fingern wird vermieden. Eine Ausspülung des Gelenkes unterbleibt als zu stark reizend. Eine unregelmäßige Bruchfläche wird vor der Naht geglättet. Zu der letzteren benutzt man Draht unter Vermeidung der Knorpelfläche. Meist machen die Nähte nur vorübergehend Beschwerden, namentlich wenn die vordere Spitze gegen die Kniescheibe umgelegt wird. Wichtig ist eine exakte Naht des Bandapparates. Gerade durch sie soll die blutige Methode der konservativen überlegen sein. Trotz sicherer Asepsis werden in zwei seitliche Schnittöffnungen, medial und lateral, Jodoformgazestreifen eingeführt. Zum Schluß Anlegung eines Gipsverbandes von den Fußspitzen bis über das Hüftgelenk. Vom 14. Tage an wird der Quadriceps bei Fixation der Kniescheibe massiert. In der 5.—6. Woche darf Pat. aufstehen. Bei noch nicht genügender Konsolidation trägt er noch eine Kniekappe. Passive Bewegungen werden nur sehr vorsichtig ausgeführt, Übungen mit mediko-mechanischen Apparaten ganz unterlassen. Alle Fälle sind ohne Infektion geheilt. Ein Pat. starb 5 Wochen nach dem Eingriff an Lungenembolie. Unter 45 Fällen trat 40mal knöcherne Vereinigung ein. Die funktionellen Resultate waren sehr gute, Refrakturen kamen nur 2mal vor.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

38) Goellner. Über die Größe der Unfallfolgen bei unblutiger und blutiger Behandlung der subkutanen Querfraktur der Patella.

(Straßburger med. Zeitung 1905. Nr. 7.)

In der Madelung'schen Klinik in Straßburg wurden in einem Zeitraume von ca. 11 Jahren 21 subkutane Kniescheibenbrüche behandelt. Wenn eine vollständige Zerreißung des Kniestreckapparates bestand, wurde — etwa 8 Tage nach der Verletzung — die operative Behandlung durchgeführt mit einer stationären Behandlungsdauer von durchschnittlich 50 Tagen; lag nur eine partielle Zerreißung mit dem Bilde der Streckschwäche vor, so wurde die unblutige Behandlung mit frühzeitig einsetzender Massage bevorzugt, die stationäre Behandlung erforderte hierbei im Durchschnitte 44 Tage. Bei sämtlichen sechs blutig behandelten Fällen waren die Endresultate sehr gut, die Bruchstücke waren bis auf einen Fall, wo eine 1 cm breite Diastase bestand, knöchern konsolidiert. Von den nicht genähten Fällen traten zehn frisch, fünf erst längere Zeit nach der Verletzung in die Behandlung; letztere zeigten durchweg erhebliche Funktionsstörungen und anatomische Defekte. Von den frisch behandelten Fällen wurden zwei mit vollständiger Funktion und knöcherner Konsolidation wieder hergestellt; ein dritter berechtigte bei dem Austritt aus der Klinik zu den besten Hoffnungen, die Fragmente waren fest

konsolidiert, die Beugung ging bis zum rechten Winkel; doch bestand eine gewisse Schwäche, die auch nach dem Austritte stationär geblieben sein und den Anlaß zu einem Schenkelhalsbruche gegeben haben soll, an dessen Folgen der Pat. starb. Bei einem 4. Falle gab die Nachuntersuchung keine objektiven Anhaltspunkte für die erheblichen subjektiven Beschwerden; der Bruch war knöchern konsolidiert, die Beweglichkeit nahezu normal. Bei einem fünften Falle bestand eine Diastase der Bruchstücke von 5 cm; trotzdem vermag indessen die Pat. ihren Beruf als Zeitungsträgerin wieder völlig auszuüben. Bei drei weiteren unblutig behandelten Fällen waren die Endergebnisse nicht befriedigend (nachträgliche Dehnung der ligamentösen Verwachsung, Unsicherheit, Schwäche, Schmerzen); in zwei weiteren Fällen konnte keine Nachuntersuchung ausgeführt werden. G. präzisiert seinen Standpunkt dahin, daß, wenn auch die unblutige Behandlung in jeder Beziehung befriedigende Resultate liefern kann, dennoch die Naht als das Normalverfahren bei dem subkutanen Querbruche der Kniescheibe anzusehen sei.

Deutschländer (Hamburg).

39) **Gaudier et Bouret.** De l'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 9.)

Die Abreißung der Tuberosit. tibiae ist eine recht seltene, bisher 23mal publizierte Verletzung, die mancherlei wissenswerte Eigentümlichkeiten bietet. Sie betrifft fast ausschließlich das männliche Geschlecht im Jünglingsalter, weil 1) bis zum 23. Lebensjahre der Knochenkern der selbständig angelegten, flachen Epiphyse für das Lig. patell. infer., nachdem er sich erst im 14. Lebensjahr entwickelt, sich noch nicht mit der Dia- und Epiph. tib. verschmolzen hat; 2) weil die Leibesübungen mit den lebhaft schnellenden Bewegungen im Sprung oder mit forcierter Beugung im Fallen die nötigen mechanischen Vorbedingungen für die Abreißung abgeben. Bisher ist selten die richtige Diagnose gestellt worden, die jedoch nicht schwer sein dürfte sofort nach erlittenem Trauma, während die schnell auftretende Schwellung sehr hinderlich werden kann. Diese ist halbmondförmig, wenn das Gelenk nicht beteiligt ist. Die Kniescheibe kann verschieden — 4—10 cm hoch — verschoben sein, ist seitlich und nach oben frei beweglich; distal ist ein Knochenvorsprung und, was am besten für die Diagnose zu verwerten ist, anstelle der Tuber. tibiae eine Vertiefung fühlbar. Die Prognose hängt z. T. von der einzuschlagenden Behandlung ab, ist schwankend für die Funktion bei ausschließlich abwartender Apparatbehandlung, gut bei operativer Anheftung des Bruchstückes. Verff. benutzten in ihrem Falle, wo die Abreißung sich bis in die knorpelige Gelenkfläche erstreckte, eine Metallklammer und verzeichnen einen vorzüglichen Erfolg. Für Einzelheiten der Technik und der übrigen Ausführungen darf das Original empfohlen werden. **Christel** (Metz).

40) **MacLennan.** On the treatment of chronic osteomyelitis, or the results of acute osteomyelitis of the tibia.

(Glasgow med. journ. 1905. September.)

Immer wieder werden Verfahren empfohlen, die zur Abkürzung der Heilungsdauer nach der Sequestrotomie dienen sollen. Im Gegensatze dazu empfiehlt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen warm, die durch breite Aufmeißelung der Totenlade entstandene Mulde durch Tamponade offen zu halten und allmählich aus der Tiefe heraus granulieren zu lassen. Dauert die Überhäutung zu lange, kann man durch Thiersch'sche Transplantation nachhelfen. Ist die Narbe später angewachsen und macht Beschwerden, kann man sie exstirpieren und die Hautränder nach Mobilisation vernähen. **W. v. Brunn** (Rostock).

41) **Barrière.** Gangrène de la jambe par artérite infectieuse de la poplitée, amputation de cuisse avec réunion par prémière intention.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 11.)

Die Gangrän des Unterschenkels, welche bis zur Wade, mit ödematöser Schwellung bis zum Kniegelenke, reichte, entstand im Anschluß an ein schweres Gesichts-

erysipel. Da der allgemeine Zustand des Kranken äußerst schwer war, wurde dicht oberhalb des Kniegelenkes amputiert und die Wunde genäht. Innerhalb 15 Tagen trat völlige primäre Heilung der Wunde ein, was B. nur dem Umstande zuschreibt, daß während der Operation und des nachherigen Verbindens niemals Antiseptika verwandt wurden. Die Gangrän wurde durch eine Obliteration der Art. tibialis postica und poplitea infolge infektiöser Arteriitis hervorgerufen; im Operationsgebiete am Knie war die Poplitea gesund. **Herhold** (Altona).

42) **A. Most.** Über symmetrisch auftretende Osteomyelitis und Periostitis.

(Med. Klinik 1905. Nr. 41.)

Bei zwei Knaben beobachtete M. ein ungewöhnliches Bild der eitrigen Knochen- und Knochenhautentzündung, insofern als bei beiden gleichzeitig zwei Knochen ergriffen wurden und als diese Erkrankungen symmetrisch auftraten, nämlich in den unteren Teilen des Schienbeines. In dem einen Falle saß die Eiterung nahe der unteren Epiphysenlinie; ein Nachschub setzte im unteren Oberschenkelende ein. Die Erscheinungen ähnelten infolgedessen sehr dem akuten Gelenkrheumatismus. Doch sind der Osteomyelitis eigen die Schwere des Beginnes, die Beständigkeit der Herde und die Ausbreitung und Verschlimmerung des Leidens in der Nachbarschaft der zuerst befallenen Stelle. Im ersten Falle enthielt der Eiter Staphylokokken. Der Erkrankung war ein eitrig-borkiger Nasen- und Oberlippenausschlag vorausgegangen. M. ist geneigt, darin die Eingangspforte der Erreger zu sehen, da er auch bei zwei anderen Kindern im Anschluß an Hautausschlag im Gesicht und Staphylokokkenfurunkel am Kopfe tiefe Staphylokokkenphlegmonen des Oberschenkels beobachtete. **G. Schmidt** (Berlin).

43) **Barker.** Bilateral exostoses on the inferior surface of the calcaneus, gonorrhoeal in origin (pododynia gonorrhoica).

(John Hopkins hospital bulletin 1905. November.)

Bericht über eine Erkrankungsform, von der B. einen und A. Baer sechs Fälle beobachtet haben.

Im Anschluß an eine (nur in einem Teile der Fälle sichergestellte) Gonorrhöe entwickelte sich an der medialen Fläche beider Calcanei je eine sehr schmerzhafte Exostose von »wurmstichiger« Struktur. Sämtliche Fälle betrafen Männer, die etwa 1 Jahr nach überstandener Urethritis von dem Leiden befallen wurden.

Fünf wurden operiert; über den Erfolg ist nichts mitgeteilt.

W. v. Brunn (Rostock).

44) **Duret.** Amputation ostéoplastique du pied. (Procédé Pasquier-Lefort.)

(Arch. prov. de chir. 1905. Nr. 11.)

D. hat ein 19jähriges Mädchen, das sich im Gefängnis Frostgangrän beider Füße zugezogen, links nach Chopart, rechts nach Pirogoff in der Modifikation von Lefort amputiert, d. h. horizontalen Sägeschnitt durch den Calcaneus und Adaption der unteren Hälfte desselben an die horizontale Tibiasägefläche. Eine Knochennaht unterblieb. Er betont das ausgezeichnete funktionelle Resultat bei der Methode Lefort's und sieht ihre Hauptindikation in traumatischen Verletzungen und Erfrierungen.

(Für erstere vermag Ref. eine gleich gute Beobachtung anzuführen. Er hatte Gelegenheit, diese Operation mit bestem Erfolge zu machen bei einem Verletzten, der mit der Dorsalseite des Fußes an die scharfe Kante einer rotierenden Walze kam, die die Strecksehnen sämtlich und den Talus und die oberste Partie des Calcaneus zertrümmerte.) **Stolper** (Göttingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. Sonnabend, den 17. Februar. 1906.

Inhalt: I. J. **Hahn**, Einige weitere Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation. — II. **H. v. Haberer**, Antwort auf die vorstehenden Bemerkungen des Dr. Joh. Hahn. — III. **Bier**, Über kleine Bauchschnitte. (Bemerkungen zu den Veröffentlichungen von Hahn und v. Haberer.) — IV. **Riedel**, Der gedrehte Netztumor im nicht erkennbaren Bruche. (Original-Mitteilungen.)

1) **Cohn**, Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers; obere Extremität. — 2) **Babes**, Riesenzellen. — 3) **Taddei**, Keloide. — 4) **Lerda**, Sensibilitätsentwicklung in Narben und Einpflanzungen. — 5) **Heine**, Augenuntersuchungen bei Allgemeinerkrankungen. — 6) **Römer**, Zur Tuberkuloseinfektion. — 7) **Hallion** und **Garrion**, Catgut. — 8) **Kirschner**, Paraffininjektion in Gewebe. — 9) **Jacoby**, Behandlung von Brandwunden. — 10) **Martens**, Behandlung von Knochenbrüchen. — 11) **Baldauf**, Krebs des Wurmfortsatzes. — 12) **Mummery**, Sigmoidoskopie. — 13) **Auvray**, Milzzerreißung. — 14) **Brown**, Eitrige Pylephlebitis. — 15) **Patel**, Zur Heilung von Gallenfisteln. — 16) **Quénu** u. **Duval**, Pankreatitis und Gallensteine. — 17) **Riedel**, Gedrehte Netzgeschwülste.

H. Gross, Die alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallenfistel. (Original-Mitteilung.)

18) **Rockenbach**, Zur Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose. — 19) **Robertson**, Stauungsblutung. — 20) **Findlay** u. **Riddell**, Syphilitische Gelenkerkrankung. — 21) **Schwarz**, Phlebitis migrans. — 22) **Tanton**, Catgut. — 23) **Krause**, Röntgenbehandlung der Pseudoleukämie. — 24) **Metzentoum**, 25) **Defosses**, Radium. — 26) **Rogers**, Kalium hypermanganicum gegen Schlangenbiß. — 27) **Smith** und **Daglish**, Herzknetung. — 28) **Morton**, Appendicitis. — 29) **Mc Garrahan**, Schmerzhafte Affektionen in der rechten Iliacalgegend. — 30) **Corning**, Cystische Ausdehnung des Wurmfortsatzes. — 31) **Jalaguier**, Invagination des Wurmfortsatzes in den Blinddarm. — 32) **v. Bruns**, Brucheinklemmung einer Appendix epiploica. — 33) **Moran**, Nabelschnurbruch. — 34) **Delore** und **Leriche**, Leiomyom des Magens. — 35) **Jäger**, Magen- und Bauchwandresektion. — 36) **Riedel**, Drehung der Appendices epiploica. — 37) **Pasteau**, Bauchverschluß nach Trendelenburg'scher Lagerung. — 38) **Childe**, Wandermilz. — 39) **Fink**, Komplizierte Gallensteinoperation.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. — Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. — Deutsche Röntgengesellschaft.

I.

Einige weitere Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation.

Erwiderung an Dr. v. Haberer in Wien.

Von

Dr. Johannes Hahn in Mainz.

Die in Nr. 51 (1905) dieses Blattes von Dr. v. Haberer, Assistent der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien, an meiner kurzen Mitteilung: »Einige Bemerkungen zur Technik der Blinddarmoperation« (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 46) geübte vernichtende Kritik veranlaßt mich, ihm das Folgende zu erwidern.

v. Haberer weiß für jedes Stadium der Blinddarmentzündung eine dringende Warnung vor meiner Operationsmethode zu finden. Er tut so, als ob es geradezu ein Verbrechen wäre, nach meiner Methode zu operieren.

Leider erlaubt mir der Raum dieses Blattes nicht, ihm auf jeden Vorwurf so ausführlich zu antworten, wie ich es wünschte; ich werde es an anderer Stelle nachholen.

v. Haberer wundert sich darüber, daß man sich mit dem tastenden Finger so vorzüglich in der Bauchhöhle orientieren und Verwachsungen so gut lösen könne. Für den, der diese Tatsache nicht aus eigener Erfahrung kennt, mag es verwunderlich sein. Und doch ist es so. Es hat sich mir gezeigt — nicht plötzlich, sondern bei jahrelangem Bestreben, den Schnitt zu verkleinern —, daß es wirklich so ist; und sicher gelingt es jedem Operateur, der den guten Willen hat und mit der nötigen Vorsicht zu Werke geht.

Bezüglich der Befürchtung von v. Haberer's, den dicht vor der Perforation stehenden Wurmfortsatz zu zerreißen, bemerke ich, daß ich zwei solcher Fälle hatte, daß ich aber die Appendices trotzdem unversehrt lösen und entfernen konnte. Wären sie aber perforiert, so wäre mir das sehr wenig ängstlich erschienen, nachdem ich von meinen Fällen aus ca. 10jähriger Erfahrung weiß, daß die Prognose der Operation bei »frühster Frühoperation« und guter Drainage trotz Perforation so gut ist wie bei noch nicht eingetretener Perforation; — ich hatte nämlich bei beiden Kategorien bisher noch keinen einzigen durch die Operation bzw. Perityphlitis bedingten Todesfall. Die Gefahr läge in der drohenden Peritonitis; die tritt aber in solchen Fällen bei guter Drainage der Bauchhöhle entweder überhaupt nicht ein oder ist rein lokaler Natur und völlig bedeutungslos[1]. Wenn das gefährlich wäre, wie sollte es denn möglich sein, daß die

[1] Übrigens würde ich es auch bei drohender Perforation für unzweckmäßig halten, die Bauchhöhle völlig zu schließen.

Prognose der Frühoperation so gut ist; wie sollte es denkbar sein, daß es uns gelingt, noch manchen Pat. mit schwerer diffuser Peritonitis zu retten?

Dasselbe gilt von der Intermediäroperation und der Abszeßinzision. Daß man einen der Bauchwand anliegenden Abszeß an dem Punkt inzidiert, wo er die Bauchwand sicher erreicht hat, ist ganz selbstverständlich; hat er dies aber nicht getan, so ist kein Grund gegen den Ort meines Schnittes vorhanden. Überhaupt wäre es eine irrige Auffassung, daß ich schablonenhaft nach der von mir empfohlenen Methode operieren wollte; Ausnahmen wird es immer geben, aber sie sind nach meinen bisherigen Erfahrungen recht selten.

Bei diffuser Peritonitis muß ein großer Schnitt infolge der Größe des Eingriffes nur bedauerlich sein; er kann — um v. Haberer's Worte zu gebrauchen — nur Zweck und Sinn haben, wo er sich nicht umgehen läßt. Der Zweck der Operation ist, neben der Beseitigung der Appendix, der ungehinderte Abfluß des Sekretes, und den kann man bei meiner Art zu drainieren auch durch einen kleinen Schnitt erreichen. Bei ganz schweren Fällen sollte man sich nicht einmal mit der Drainage des Bauches und besonders des Douglas nach vorn begnügen, sondern zugleich durch das Rektum oder das hintere Scheidengewölbe drainieren. Ein starkwandiger kleinfingerdicker Drain (oder auch mehrere), der dem Sekret freien Abfluß gewährt, nützt mehr als der größte Schnitt.

Wenn es v. Haberer bei der Intervalloperation nicht gelingen sollte, die Operation ohne Schaden für den Pat. zu beendigen, so kann er jederzeit den Schnitt vergrößern; auch ich würde es in diesem Fall tun. Bis jetzt ist es nicht nötig gewesen.

Das Gespenst der postoperativen Komplikationen (Adhäsionen, Darmstenose) kann mich nicht schrecken, weil ich es nicht fürchte. Ich glaube nicht, daß die Lösung der Adhäsionen bloß unter Leitung des äußerst vorsichtig arbeitenden Zeigefingers ungünstigere Wundverhältnisse schafft, als die Lösung nach der bisher üblichen Art im großen Schnitt, und ich glaube deshalb durchaus nicht, daß die etwa vorkommenden Fälle häufiger sind als früher. Bis jetzt habe ich das Gespenst weder bei der früheren noch bei der neuen Methode zu sehen bekommen.

Daß ein kleiner Schnitt vor dem Prolaps der Eingeweide ganz sicher, vor der Hernienbildung fast sicher schützt, kann ich durch meine Fälle beweisen. Wenn er also bezüglich der Heilungsresultate (siehe später) dasselbe leistet, wie ein großer Schnitt, ist er unbedingt vorzuziehen.

v. Haberer legt der kleinen Niveaudifferenz der Inzisionsstelle bei dem anscheinend von v. Haberer geübten seitlichen Schnitt durch die schrägen Bauchmuskeln gegenüber meinem Schnitt eine Bedeutung bei, die ihr nicht zukommt; konsequenterweise müßte er dann alle Pat. mit solchem Schnitt bis zur Beendigung der Sekretion in Bauchlage legen. Ich glaube nicht, daß er das tut, mindestens

wäre es eine überflüssige Quälerei. Ich würde es auch nicht tun, weil es sich längst als unnötig gezeigt hat.

Wenn v. Haberer erklärt, der Schnitt durch die Rectusscheide sei schwieriger als der durch die Linea alba, so hoffe ich, daß ihm das nicht so viel ausmacht, als es nach seinen Worten scheinen könnte.

Ich habe seit Juli 1904 bis jetzt die von mir erwähnte Methode 31mal ausgeführt — in den beiden letzten Fällen habe ich den Schnitt trotz v. Haberer's Bedenken vielleicht noch einige Millimeter (!) nach einwärts **durch** den Rectus (ca. 1—2 cm von seinem Rand) gelegt, in der Hoffnung jetzt die Narbenhernie vielleicht ganz zu verhüten — und habe dabei folgende Resultute gehabt:

1) 11 nicht perforierte Fälle (darunter die 2 dicht vor der Perforation); sie sind alle trotz des »so blinden und planlosen« Vorgehens geheilt; keine Hernie bis jetzt; **Mortalität 0%**.

2) 17 Perforationen der Appendix, alle mit Erguß des eitrigen, bzw. kotig-eitrigen Inhaltes in die freie Bauchhöhle, zum Teil verschleppte Fälle — leider sind noch nicht alle Ärzte Anhänger der Frühoperation — von schwerer Peritonitis, sowie einen Abzeß, kompliziert mit subhepatischem Abzeß und metastatischem Pleuraempyem; sie sind alle 18 geheilt; **Mortalität 0%**.

3) 2 Fälle von schwerster diffuser Peritonitis mit trostloser Prognose; der eine ist geheilt, der andere gestorben; er kam in so traurigem Zustand an, daß ich ihn nur deshalb noch operierte, weil nichts mehr zu verlieren war; durch frühzeitigere Operation hätte er wohl auch gerettet werden können.

Hinzufügen will ich noch, daß ich Gegner der (beabsichtigten) Intermediär- und Intervalloperation bin und jeden Fall, der in meine Klinik kommt, zu jeder Stunde des Tages und der Nacht operiere; daß ich die Spülung und die Tamponade verwerfe und das allergrößte Gewicht auf gründliche Drainage lege.

Sind diese Resultate etwa so schlecht, als sie nach v. Haberer's Entgegnung sein müßten? Kann mir vielleicht v. Haberer mitteilen, daß seine Statistik aus der v. Eiselberg'schen Klinik besser ist? Kann mein Verfahren wirklich so »blind«, so roh und »planlos« sein? Ich muß es zum Schlusse für nicht richtig erklären, daß jemand nach theoretischen Erwägungen eine solche rein praktische Frage zu entscheiden verursacht und eine Operationsmethode so diskrediert, wie es v. Haberer tat, ohne einen Versuch gemacht zu haben, sich durch Anwendung derselben auch nur das geringste Urteil verschafft zu haben.

II.

Antwort auf die vorstehenden Bemerkungen des Dr. Johannes Hahn.

Von

Dr. Hans v. Haberer,

Assistenten der v. Eiselsberg'schen Klinik in Wien.

Ich habe in Nr. 51 des Zentralblattes für Chirurgie 1905 meine Bedenken gegen den von Hahn für die Appendektomie empfohlenen Schnitt in rein sachlicher Weise zum Ausdruck gebracht. Der Ton Hahn's in seiner Erwiderung befremdet mich daher. Es liegt mir aber gänzlich fern, in diesen Zeilen irgendein persönliches Moment zum Ausdrucke bringen zu wollen, und ich bleibe daher auch diesmal bei der Sache.

Ich habe mich nie darüber gewundert, daß man sich mit einem Finger in der Bauchhöhle orientieren kann. Aber auch weiterhin wird es mich wundern, daß sich ein durch eine knopflochförmige Inzision eingeführter Finger besser orientieren soll, als die Hand unter Leitung des Auges bei entsprechend weit eröffneter Bauchhöhle.

Hahn hat in zwei Fällen trotz bevorstehender Perforation die Appendix, ohne sie zu zerreißen, entfernt. Das ist in meinen Augen ein Glück für drei Menschen; denn ich bezweifle es, daß es gleichgültig sein soll, ob selbst bei frühester Frühoperation eine Perforation komplett ist oder nicht. Daß es uns gelingt, manchen Fall von schwerer Peritonitis noch zu retten, gibt uns wohl nicht die Befugnis, auch nur einen unserer Pat. dieser Gefahr auszusetzen.

Daß Hahn es selbstverständlich findet, Abszesse, die der Bauchwand anliegen, auch dort zu inzidieren, wo man sie am leichtesten erreicht, geht aus seinem ersten Aufsatze nicht hervor.

Es ist bedauerlich, daß wir bei der Peritonitis große Schnitte brauchen, doch sind sie meiner Meinung nach eben nicht zu umgehen, wenigstens vorläufig nicht. Vielleicht lernen wir es einmal, die Bier'sche Stauungshyperämie auch hier vorteilhaft zu verwerten. Bislang bleibt es unverständlich, daß Hahn durch seine kleine Inzision bei wirklich schwerer Peritonitis genügend drainieren kann. Hat doch wohl jeder Chirurg die Behandlung schon daran scheitern gesehen, daß selbst ausgiebigste Drainage bei weit offen gelassener Bauchhöhle durch rasche Verklebung in der Umgebung illusorisch wird.

Hahn fürchtet postoperative Komplikationen nicht und hat sie noch nie gesehen; ich habe solche Komplikationen aber gesehen, konnte auch die Ursache derselben feststellen und fürchte sie daher.

Aus dem Umstande, daß wir die Abszesse möglichst seitlich inzidieren, zieht Hahn die Konsequenz, wir müßten unsere Pat. in Bauchlage nachbehandeln. Ich glaube, es gehört nicht viel Logik

dazu, um diese Konsequenz eher für die Hahn'sche Methode zu ziehen.

Wenn Hahn aus meinen Worten — man solle bei schwerster Peritonitis, wenn man sich nur mehr zu einer kleinen Inzision entschließen kann, dieselbe dort ausführen, wo sie sich am leichtesten und in kürzester Zeit ausführen läßt, nämlich in der Linea alba — herausliest, daß ich den Schnitt durch die Rectusscheide für schwieriger halte, so ist das eben seine Auffassung; ich glaubte nicht betonen zu müssen, daß in meinen Worten ein anderer Sinn liegt.

Ich habe schon einmal (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXVI) darauf hingewiesen, welch unlogische Schlüsse resultieren, wenn man Prozentzahlen aus ganz verschiedenartigem Material und aus stark differenten Gesamtsummen miteinander vergleicht. Daher kann ich auch nicht Hahn's doch recht kleine Zahlen mit der seither noch wesentlich vermehrten Statistik der v. Eiselsberg'schen Klinik vergleichen. Die letztere hat allerdings nicht 0% Mortalität. Hahn wird vermutlich auch nicht bei 0% Mortalität bleiben. Es wäre ihm gewiß zu wünschen, daß er nie einen Fall verlieren würde, der vielleicht durch eine andere Methode zu retten gewesen wäre.

Auffallend ist mir nur eine Rubrik in Hahn's Statistik, das sind die 17 Perforationen der Appendix. Wie Hahn durch seine knopflochförmige Inzision dabei mit Sicherheit konstatieren konnte, daß der eitrige bzw. kotig-eitrige Inhalt der Appendix wirklich in die freie Bauchhöhle perforiert war und es sich nicht doch vielleicht um eine große abgesackte Eiterung gehandelt hat, dürfte außer mir wohl auch anderen nicht ganz verständlich sein.

Hahn macht mir den Vorwurf, ich hätte nach rein theoretischen Erwägungen eine praktische Frage zu entscheiden versucht. Ich habe bei so vielen Appendixoperationen in allen möglichen Stadien teils als Assistent, teils als Operateur zu intervenieren Gelegenheit gehabt, und mich so eingehend mit der Frage beschäftigt, daß von rein theoretischen Erwägungen hierbei nicht die Rede sein kann. Auf meine praktischen Erfahrungen einzugehen, ist hier nicht der Platz; ich kenne aber genügend viele Beispiele, die ich gegen Hahn ins Treffen führen könnte.

Ich möchte übrigens konstatieren, daß Hahn die Indikation für seine Methode diesmal eingeschränkt hat.

Daß ich mit meinen Bedenken gegen den Hahn'schen Schnitt nicht vereinzelt dastehe, das beweisen mir eine Reihe von Zustimmungen, die ich aus der Feder auch bekannter Chirurgen nach Erscheinen meiner Erwiderung im Zentralblatt Nr. 51 erhalten habe.

Für meine Person erachte ich die Angelegenheit hiermit für erledigt.

Schluß der Diskussion für die Redaktion.

III.

Über kleine Bauchschnitte.

(Bemerkung zu den Veröffentlichungen von Hahn und v. Haberer in Nr. 46 und Nr. 51 ds. Zentralbl. vom Jahre 1905.)

Von

Prof. Dr. **Bier** in Bonn.

In Nr. 46 d. Jahrg. 1905 d. Zentralbl. beschreibt Hahn die Entfernung des Processus vermiformis von einem kleinen Bauchschnitt aus. In Nr. 51 glaubt v. Haberer, besonders bei Intervalloperation vor solchen kleinen Schnitten, im wesentlichen aus theoretischen Gründen, warnen zu müssen. Die Brauchbarkeit eines Operationsverfahrens läßt sich aber nur aus der Erfahrung beurteilen, und ich kann nach reichlicher Erfahrung v. Haberer nicht recht geben. Ich entferne seit Jahren gerade bei den Intervalloperationen den Wurmfortsatz aus ähnlichen kleinen Schnitten, wie sie Hahn empfiehlt, und habe bei Hunderten von derartigen Operationen nie einen Nachteil, sondern nur Vorteile gesehen. In der Aufsuchung des Wurmfortsatzes gehe ich allerdings gewöhnlich etwas anders vor als Hahn. Ich ziehe mir das leicht aufzufindende Coecum aus der kleinen Wunde heraus, verfolge es bis an den Ansatz des Wurmfortsatzes, trenne ihn dort zwischen zwei Ligaturen ab, übernähe den Stumpf, versenke sofort den Darm und löse den abgeschnittenen Fortsatz, indem ich ihn an einem oder mehreren derben Seidenfäden stark hervorziehe aus seinem Mesenteriolum und aus seinen Verwachsungen. Ich weiß auch nach mündlichen Mitteilungen mehrerer Chirurgen, die von mir solche Operationen ausführen sahen, daß sie in ähnlicher Weise verfahren und mit den Erfolgen sehr zufrieden sind. Ausführlich beschrieben ist ein solches Verfahren von Weller van Hook[1], der in der Empfehlung kleiner Schnitte für verschiedene Operationen sehr weit geht.

Dies Prinzip der kleinen Schnitte gilt nicht nur für Operationen am Blinddarm. Ich mache von ihm bei den meisten Bauchoperationen, vor allem bei der Gastroenterostomie, Gebrauch. Allerdings muß hier der Schnitt, besonders für die hintere Gastroenterostomie, etwas größer sein, man muß den Magen aus ihm herausziehen und untersuchen können (z. B., um nicht einen neben einer Pylorusstenose vorliegenden Sanduhrmagen zu übersehen). Das oberste Ende des Jejunum suche ich nach dem Gefühle. Meist habe ich es auf den ersten Griff.

Bei Operationen am Gallensystem braucht man allerdings gewöhnlich größere Schnitte, weil nur von ihnen aus die Gallengänge

[1] On short incisions in certain common operations. Surgery, gynecology and obstetrics.

zuverlässig abzusuchen sind. Indessen benutze ich auch hier nicht annähernd so große Schnitte, wie sie von anderen Chirurgen beschrieben und abgebildet sind, und wie ich sie von ihnen gesehen habe.

Auch auf anderen Gebieten geht jetzt offenbar die Stimmung unter den Chirurgen dahin, die großen verletzenden und verhäßlichenden Schnitte nach Möglichkeit zu vermeiden. Ich erinnere z. B. an die Drüsenexstirpation nach Dollinger, die ich in der von Dollinger empfohlenen Form oder etwas modifiziert mehrfach geübt, und mich von ihrer Ausführbarkeit überzeugt habe. Auch die Dermoidcysten am Halse von weiblichen Kranken entferne ich von dem Dollingerschen Schnitt an der Haargrenze aus. Denn ein weibliches Wesen, dem man von den üblichen großen Längs- und Querschnitten aus Halsgeschwülste entfernt hat, ist für ihr Leben verschändet, mag man auch noch so sorgfältig nähen und die beste prima intentio erzielen.

Vor allem bei Bauchschnitten leuchtet der Nutzen der kleinen Schnitte ein. Man sieht im großen und ganzen nur den Teil des Bauchinhaltes, an dem man arbeiten will. Der ganze Eingriff ist viel kleiner, Darmlähmungen und ihre Beschwerden sind selten, die Infektionsgefahr wird herabgesetzt und die Operierten haben ein bemerkenswert geringes Krankheitsgefühl. Die Gefahr der Inzision ist sehr klein.

Allerdings hat das Operieren aus kleinen Schnitten einen Nachteil: Es erfordert eine viel größere Operationstechnik. Auch ist die Naht eines kleinen Bauchschnittes schwieriger als der eines großen. Das darf uns aber nicht abhalten im Interesse unserer Kranken uns diese Technik anzueignen. Für schwierige Operationen taugen kleine Schnitte natürlich nicht. Aber die große Mehrzahl der Bauchoperationen ist doch technisch leicht. Stößt man unerwartet auf Schwierigkeiten, so kann man immer noch den Schnitt vergrößern.

IV.

Der gedrehte Netztumor im nicht erkennbaren Bruche.

Von

Prof. **Riedel** in Jena.

Vor kurzem habe ich[1], gestützt auf eine nicht uninteressante Beobachtung, die Vermutung ausgesprochen, daß intraabdominell gelegene

[1] Münch. med. Wchschr. 1905 Nr. 47 (Ref. d. Bl. Nr. 17). Dort findet sich auch die kurze Notiz, daß ich Magen- und Darmnähte nur noch mit Catgut mache. Ich hätte hinzufügen sollen, daß das nur für diejenigen Fälle gilt, in denen jede Spannung der Naht fehlt, also bei Resektionen des Dünndarmes resp. bei querer Resektion des Magens, wenn der Substanzverlust im Magen ein relativ geringfügiger ist. Wo die Naht unter Spannung kommt, nähe ich innen mit Catgut; zur zweiten Nahtreihe wird Seide verwandt. Sie kommt dann nirgends mit dem Inhalte der

torquierte Netztumoren wahrscheinlich auch dann auf alte Netzbrüche zurückzuführen seien, wenn gar keine Hernie nachweisbar sei. Ich nahm an, daß Netz in sog. Bruchanlagen, d. h. in unvollständige, nicht sichtbare Bruchsäcke hineingerate, dort klumpig entarte und sich nun in die Bauchhöhle retrahiere. Wir hätten dann einen an einem dünnen Stiele hängenden Tumor in abdomine, der sich jeder Zeit um die Achse drehen könne.

Der strikte Nachweis, daß torquierte Netztumoren in der geschilderten Weise entstehen können, ist aber von mir nicht beigebracht. Ich hätte bei der Operation eines, ohne äußerlich sichtbaren Bruch entstandenen, gedrehten linkerseits im Bauche gelegenen Netztumors darauf achten müssen, ob Pat. einen leeren von der Bauchhöhle aus palpablen Bruchsack habe; wäre dies der Fall gewesen, so hätte man sagen können, daß der Netztumor ursprünglich in diesem Bruchsacke gelegen hätte.

Weil mir bei der Operation der Kranken am 3. Juli 1905 die erwähnte Genese der gedrehten Netztumoren noch nicht klar war, weil ich auch von rechts her mittels Zickzackschnittes (wegen gleichzeitiger Appendicitis) operierte, habe ich versäumt, die linksseitigen Bruchpforten vom Bauche her abzupalpieren. Sollten analoge Fälle an anderen Orten operiert werden, so bitte ich auf etwaige unvollständige Bruchsäcke zu fahnden.

Nun hat mir ein günstiger Zufall es ermöglicht, wenigstens den Nachweis führen zu können, daß ein Netztumor in einem nicht erkennbaren Bruchsack entstehen und sich auch in demselben drehen kann. Die Voraussetzung, daß sich in einem nicht erkennbaren Bruch ein Netztumor entwickeln kann, hat sich also als richtig erwiesen. Meine Beobachtung ist kurz folgende:

Elise W., 26 Jahre alt, aufgenommen 12. Dezember 1905. Das außerordentlich kräftige, bis dahin ganz gesunde Mädchen, das nie einen Bruch gehabt hatte, erkrankte am 9. Dezember 1905 mittags an so heftigen Magenschmerzen, daß sie sofort zum Arzte ging. Am nächsten Tage zogen sich die Schmerzen nach rechts unten, kein Erbrechen, aber Aufstoßen. Nach weiteren 24 Stunden verbreiteten sich die Schmerzen über den ganzen Leib, so daß die Kranke das Bett nicht mehr verlassen konnte. Temperatur normal. Nachts viel Schmerzen, deshalb Transport nach Jena per Wagen in liegender Stellung.

Status praesens: Kein Tumor nachweisbar, Leib nur wenig aufgetrieben; Schmerzen spontan und auf Druck rechts unten. Temperatur 36,8. Puls 80.

Diagnose: Appendicitis.

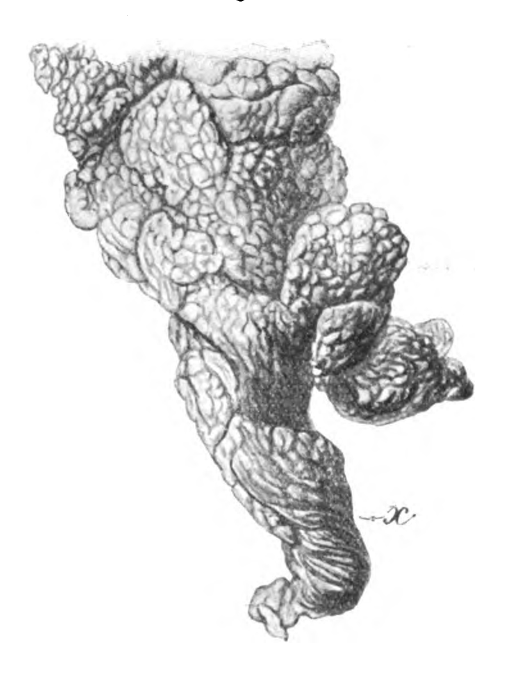
Zickzackschnitt (Dr. Röpke). Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegen dicke Netzmassen vor; Appendix erweist sich als gesund. Nach stumpfer Erweiterung der Wunde sieht man das Netz verschmälert nach unten verlaufen; es verschwindet unter dem Lig. Pouparti. Leisem Zuge am Netze folgt der Hals eines Schenkelbruchsackes weit in den Bauch hinein; bei weiterem Ziehen löst sich das im Bruchsacke befindliche Netz, passiert den Bruchsackhals und erscheint in Gestalt eines plumpen einmal um seine Achse gedrehten Fortsatzes in der Bauchhöhle;

Intestina in Berührung, bleibt infolge dessen aseptisch und relativ unschädlich, während ein infizierter Seidenfaden direkt zur Bildung von kleinsten Abszessen resp. zur Nekrose des Wundrandes Anlaß geben kann.



das untere Ende dieses Fortsatzes ist mit Fibrinfäden bedeckt; mittels derselben war es im unteren Teile des Bruchsackes adhärent gewesen.

Das Netz wird in gesundem Gewebe abgetragen, Bauchdeckenwunde vernäht. Sodann Schnitt auf den Schenkelbruch. Der Bruchsack ist zusammengefallen, enthält im untersten Teile noch einige Fibrinfäden und eine Spur rötlichen Serums. Exstirpation des Bruchsackes. Verlauf gestört durch Nahtsticheiterung; Pat. Mitte



Januar fast geheilt. Das entfernte Netz läuft nach unten in zwei Zipfel aus; der rechtsseitige Zipfel steckte von x an im Bruchsacke, war einmal um seine Achse gedreht. Die untere Hälfte des Netztumors samt den Zipfeln befindet sich im Zustande des hämorrhagischen Infarktes. Der rechtsseitige im Bruchsacke gelegene Netzzipfel hat sich offenbar 3×24 Stunden ante op. in demselben gedreht, ist dann sekundär im distalen Teile des Bruchsackes leicht adhärent geworden, nicht im Bruchsackhalse.

Ich habe das Mädchen sehr genau untersucht, bevor ich sie operieren ließ. Keine Spur einer Vorwölbung ober- oder unterhalb des Lig. Poup. im Bereiche des Schenkelbruches. Schmerz lediglich oberhalb des Lig. Poup. geklagt, so daß Appendicitis ganz unzweifelhaft vorhanden zu sein schien. Diagnose unrichtig, lediglich Netztumor im Bauche und im Bruchsacke, und dieser Netztumor trotz seiner Größe ganz unsichtbar, weil das kräftige Mädchen ein entsprechendes Fettpolster hatte. Bei mageren Personen hätte ein so großer Tumor wohl eine leichte Prominenz oberhalb des Lig. Poup. bewirkt; hier fehlte jede Vorwölbung; diesen Netztumor konnte niemand entdecken.

Hätte sich dieser klumpig entartete Netzabschnitt nicht im Bruchsacke gedreht, wodurch er klinisch in Erscheinung trat, sondern wäre

er vor der Drehung zurückgerutscht in den Bauch, was er recht gut konnte, weil er nur mäßig fest vom Bruchsackhalse umschlossen war — so hätten wir einen gestielten Tumor im Bauche selbst gehabt, der weiter wachsen und sich jeden Augenblick drehen konnte resp. auch nicht. Ich glaube also, daß auch dieser Fall für die oben erwähnte Theorie spricht, wenn auch der strikte Beweis für dieselbe noch immer nicht geführt ist. Wahrscheinlich wird dieser Beweis bald geführt werden. Immer häufiger wird die Radikaloperation von Hernien gemacht; bleibt dabei versehentlich der proximale Teil des Bruchsackes erhalten, so sind günstige Bedingungen für die Bildung von Netztumoren gegeben.

Immer häufiger wird auch die früh- resp. rechtzeitige Operation der Appendicitis gemacht; bei dieser Gelegenheit wird man wohl bald öfter auf gedrehte Netztumoren stoßen, weil eine Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und rechterseits über dem Lig. Poup. gelegenen torquiertem Netztumor ganz unmöglich ist.

Wir müssen uns, wie ich glaube, überhaupt mit dem Gedanken befreunden, daß Drehungen von gestielten Bauchgeschwülsten häufiger sind, als man früher annahm; auch in dieser Richtung hat die Frühoperation der Appendicitis schätzenswertes Material gebracht. Hier haben im Jahre 1905 von 1969 neu aufgenommenen Kranken 446 den Bauchschnitt nötig gehabt, und zwar 277 wegen Blinddarmentzündung; weitere 5 Kranke hatten anscheinend auch Appendicitis, re vera lagen aber Achsendrehungen vor; 3mal hatten sich kleinere Ovarial-, 1mal eine Tubencyste, 1mal ein Netztumor gedreht. Alle 5 gingen der Klinik unter der erwähnten Diagnose zu, und zwar sehr rasch, zum Teil schon wenige Stunden, nachdem die Drehung stattgefunden hatte, also in denkbar bestem Zustande.

Die Frühoperation der Appendicitis bringt ja nicht bloß denjenigen Segen, die wirklich an Epityphlitis leiden; auch zahlreiche andere Bauchaffektionen, die chirurgischer Hilfe bedürfen, kommen jetzt rechtzeitig zur Operation. Die Ärzte haben sich mehr und mehr daran gewöhnt, Kranke mit Ileus oder mit entzündlichen Prozessen im Bauche rasch der Klinik zu überweisen, freilich meist unter der Diagnose »Appendicitis«. Die Majorität unserer Fälle von mechanischem Ileus (22 pro 1905) infolge von Intussuszeptionen, Strangbildungen und Achsendrehung (1) kam rechtzeitig in Behandlung, desgleichen ein Kranker mit perforiertem Ulcus ventriculi (große Kurvatur, geheilt). Auf der anderen Seite sieht man jetzt manches, was man früher immer angenommen hat, aber nicht beweisen konnte: von 55 Kranken mit Gallensteinen wurden 2 mit Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle eingeliefert, während eine dritte eitrige Peritonitis per diapedesin von einer akut vereiterten Gallenblase aus akquiriert hatte; alle 3 gingen zugrunde.

Von 35 Kranken mit eingeklemmten Hernien, die im letzten Jahre operiert wurden, hatten zwei Achsendrehungen der im Bruchsacke befindlichen Organe erlebt, einmal die oben beschriebene Kranke,

sodann eine zweite mit Drehung einer Appendix epiploica im Bruchsacke. Dieser Fall bot sonst nichts Besonderes, wohl aber hat Lorenz[2] vor kurzem eine hoch interessante Beobachtung auf diesem Gebiete (Volvulus einer Appendix epiploica [360°] um die Achse eines Pseudoligamentes im Bruchsacke) mitgeteilt. Eine nicht gedrehte Appendix epiploica im Bruchsacke kam, beiläufig bemerkt, einmal im letzten Jahre hier zur Beobachtung[3].

In toto haben wir 1905 bei 481 (446 + 35) Laparotomien und Bruchoperationen acht Achsendrehungen gesehen. Diese Zahl mahnt daran, daß wir bei diagnostischen Erwägungen über rasch entstandene entzündliche Affektionen und Passagestörungen im Bauche immer Achsendrehungen im Auge behalten sollen, damit wir keine diagnostischen Niederlagen erleiden, wenn letztere auch in praxi kaum Schaden bringen werden, falls Pat. alsbald operiert wird.

Jena, 17. Januar 1906.

---

1) **T. Cohn** (Berlin). Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. Nach eigenen Untersuchungen an der Leiche und am Lebenden. I. Teil: Obere Extremität. Mit 21 Abbild. im Text. 216 S.

Berlin, **S. Karger,** 1905.

Verf. hebt in seinem Vorwort mit Recht hervor, daß das, was der angehende Arzt von der Palpation des menschlichen Körpers lernt, nur verhältnismäßig wenig ist, sich nur auf einzelne Organe und Regionen, und auch hier meist nur auf pathologische Verhältnisse (Vergrößerungen, Verlagerungen, Verletzungen usw.) bezieht, daß dagegen eine systematische Darstellung dessen, was man alles am normalen menschlichen Körper palpieren kann, gänzlich fehlt. Die Kenntnis dieser Dinge ist aber für jeden Arzt von größter Wichtigkeit, und ganz besonders für den, der die Massage als Heilmittel ausübt. Langjähriger praktischer Beschäftigung mit der letzteren verdankt denn auch das vorliegende Buch seine Entstehung, mit dem der Verf. dem erwähnten Mangel abhelfen will. Das Werk ist breit angelegt; der erste bisher vorliegende Band, der vom Speziellen nur die obere Extremität behandelt, umfaßt über 200 Seiten. Eine vorausgehende kurze allgemeine Einleitung behandelt Methodik und Technik der Palpation, für deren Erlernung der Verf. mit vollem Recht auf das Studium am Lebenden verweist. Der spezielle Teil verrät überall den genauen Untersucher, der sich von allem Beobachteten gewissenhaft Rechenschaft abgelegt hat; die Darstellung, die in geschickter Weise regionäre und systematische Betrachtung vereinigt, ist klar und verständlich. Die Abbildungen, vielleicht nicht gerade allerersten Ranges, nament-

---

[2] Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.

[3] Vgl. den analogen Fall von v. Bruns. Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 1. (Ref. s. d. Bl. Nr. 32.)

lich in den Dimensionen etwas klein, sind doch eine gute Ergänzung des Textes. Daß das Buch eine Lücke ausfüllt und uneingeschränkte Empfehlung verdient, ist keine Frage. **E. Gaupp** (Freiburg i. Br.).

---

2) **V. Babes.** Beobachtungen über Riesenzellen.

(Bibliotheca medica. Stuttgart, **Erwin Naegele,** 1905.)

Das groß angelegte und mit einer Reihe wunderbarer Tafeln geschmückte Werk gibt uns einen Überblick über die Literatur über Riesenzellen und enthält außerdem eine große Reihe wertvoller eigener Beobachtungen des Verf. Nach kurzem historischen Überblick und einer Makrophagen Metschnikoff's finden zunächst die Fremkörperriesenzellen eine eingehende Darstellung. Danach werden behandelt: die Riesenzellen bei Tuberkulose, bei Rotz, bei Lepra, die Riesenzellen, die sich bei den verschiedenen Arten von Geschwülsten finden, die Riesenzellen aus Muskelfasern und Nervengewebe und schließlich die Riesenzellen epithelialer Natur.

In einem Kapitel »Schlußbemerkungen« werden die sich aus der Literatur und durch eigene Beobachtungen ergebenden Resultate zusammengefaßt. Als wesentlichsten Punkt enthalten diese Schlußbemerkungen die Ansicht des Verf., daß die Riesenzellen ihren Ursprung aus abnormen Gefäßsprossen nehmen, und zwar dann, wenn die infolge einer regenerativen oder formativen Reizung entstandene Gewebsknospung in ihrer natürlichen Entwicklung zu Gewebsanteilen behindert ist, ohne daß ihre Wachstumsenergie bedeutendere Einbuße erlitten hätte.

Auf Einzelheiten einzugehen, ist im Rahmen eines kurzen Referates nicht möglich. Hervorgehoben sei nur noch, daß das eine Fülle mühseliger Arbeit entstammender Beobachtungen enthaltende Werk als eine große Bereicherung der Literatur über den betreffenden Gegenstand anzusehen ist, und daß das Studium desselben dem Fachmann aufs wärmste zu empfehlen ist. **Silberberg** (Breslau).

---

3) **Taddei.** Sulla questione delle fibre elastiche nel cheloïde cicatriziale.

(Sperimentale archivio di biologia normale e pathologica 1905.)

Verf. hat vier Keloide eingehend histologisch untersucht. Er kommt dabei zu ähnlichen Resultaten, wie die früheren Autoren, nur bezüglich der Herkunft des elastischen Gewebes und dessen Rolle bei der Entstehung des Keloids kommt er zu etwas anderen Schlüssen als Goldmann (cf. d. Zentralbl. 1901 p. 8 der Verhandl. des Chirurgenkongresses). T.'s Resultate lassen sich kurz in folgendem zusammenfassen: Das Narbenkeloid ist charakterisiert durch eine Überproduktion von kollagenem Gewebe, und dies besonders in den zentralen Partien des Krankheitsherdes. Dort fehlt auch eine Neubildung von elastischem Gewebe; an jenen Stellen hingegen, wo sich junges Narben-

gewebe bildet, welches sich in seinem Charakter dem normal entwickelten Narbengewebe nähert, kommt es auch zur Regeneration von elastischen Fasern. Diese erscheinen zunächst als zarte homogene Fibrillen und sind ein Produkt des Protoplasma der normalen jungen Bindegewebselemente. Den neu entstandenen Fasern der Nachbarschaft ist jede Bedeutung für die Bildung des elastischen Gewebes abgesprochen. T. schließt nun aus diesen seinen Untersuchungen, daß die Pathogenese des Narbenkeloids sich durch eine primäre Schädigung der elastischen Fasern nicht erklären lasse.

A. Most (Breslau).

---

4) **Lerda.** Sur l'évolution de la sensibilité dans les cicatrices, dans les autoplasties et dans les greffes.

(Archives italiennes de biologie Bd. XLIV.)

Verf. hat an einem größeren Materiale von verschiedenartigen Narben die einzelnen Empfindungsqualitäten im oben genannten Sinne geprüft. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: Granulationen sind auf jeden Reiz unempfindlich. Hautabschürfungen stören wenig das Empfindungsvermögen. Narben sind einem fortschreitenden Wechsel unterworfen und können auf diese Weise langsam einen gewissen Sensibilitätsgrad erreichen, der meist von den Rändern ausgeht und bei größeren Narben sich erst nach Jahren einstellt. Sehr häufig kann man dabei beobachten, daß die einzelnen Empfindungsqualitäten in ihrer Wiederkehr nicht gleichen Schritt halten, sondern daß die taktile Sensibilität der Schmerzempfindung und diese mitunter der thermischen Reizbarkeit vorangeht, ja daß sogar Kälte- und Wärmeempfindung auseinander zu gehen scheinen. **A. Most** (Breslau).

---

5) **Heine.** Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. Mit 19 Abbild. u. 1 Beil. im Text. 142 S.

Jena, **G. Fischer,** 1906.

Vorliegendes Werk lehrt eine methodische Augenuntersuchung, soweit sie für die Allgemeindiagnostik von Wichtigkeit ist. Die darin enthaltenen Angaben sind fast durchweg auf eigene Erfahrungen des Verf. gegründet. Alles rein Spezialistische ist weggelassen, die Technik möglichst kurz gehalten. Der Stoff ist nach einem bestimmten Untersuchungsschema geordnet. Der Leser wird kaum irgendeine Krankheit und die bei ihr vorkommenden Augensymptome in dem anregend geschriebenen Buche, das für den mit den Grundzügen der Ophthalmologie Vertrauten leicht verständlich ist, vergebens suchen. Die Orientierung wird durch ein besonderes Verzeichnis der Krankheiten (p. 127 ff.) und der bei ihnen beobachteten Augenveränderungen erleichtert. Schon diese Übersicht allein läßt den Wert einer solchen Anleitung erkennen, die auch der Chirurg besonders bei den Erkrankungen des Zentralnervensystems, des Ohres, der Gesichtshöhlen nur mit Nutzen zu Rate ziehen wird. **Gutzeit** (Neidenburg).

---

6) **P. Römer.** Zur Präventivtherapie der Rindertuberkulose nebst kritischen Studien zur Tuberkuloseinfektionsfrage.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 4.)

Eingehende und dabei übersichtliche Behandlung dieser Frage vom Behring'schen Standpunkt aus.

Sicher ist, daß man in der Bekämpfung der Rindertuberkulose durch Erfüllung der Bang'schen Forderungen große Fortschritte gemacht hat: Tuberkulinimpfung, Schlachtung aller Tiere mit offener Tuberkulose, Isolierung und besondere Wartung der auf Tuberkulin reagierenden Tiere, Stalldesinfektion und Sterilisation der Milch für die Kälberaufzucht.

Doch haben die hier ausführlich publizierten Berichte über die Erfolge der Behring'schen Präventivimpfung von insgesamt 5576 Rindern einen so hohen Wert dieses Verfahrens erwiesen, daß eine systematische Einführung dieser Schutzimpfung empfohlen werden kann und muß.

Natürlich wird man von einer Kombination des Bang'schen und des Behring'schen Verfahrens den größten Nutzen erwarten dürfen.

Diese Frage ist für die Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose ebenfalls von hoher Bedeutung. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

7) **Hallion** et **Garrion.** Sur l'épreuve bactériologique du catgut.

(Presse méd. 1905. Nr. 101.)

Wenn man Catgut nach der Sterilisation in einem Röhrchen mit steriler Bouillon mehrere Tage bei 37° C im Brutschrank aufbewahrt und dann keine Kultur findet, so darf man daraus noch nicht schließen, daß das Catgut keimfrei sei. Die Verff. haben zum Beweis hierfür zahlreiche Untersuchungen angestellt und gefunden, daß derselbe Catgutfaden, wenn er nach mehreren Tagen aus einem Bouillonröhrchen, in dem er keine Kultur erzeugte, in ein anderes gebracht und hier unter denselben Bedingungen aufbewahrt wurde, in diesem zweiten Röhrchen eine Kultur erzeugte. Die verschiedensten Arten der Sterilisation des Catgut sind dabei zu den Versuchen herangezogen worden. Ferner erzeugte nicht sterilisiertes Catgut im ersten Versuchsröhrchen häufig keine Kultur, während es im zweiten Röhrchen dies tat. Die Erklärung für diese sonderbare Erscheinung ist nach Ansicht der Verff. die, daß von einigen Fabrikanten bei der Herstellung des Catgut Sublimat verwandt wird, und daß es bei diesem Catgut erst zur Entwicklung von Keimen kommen kann, wenn dieses Sublimat in der Bouillon (des ersten Röhrchens) abgespült ist. **Grunert** (Dresden).

---

8) **J. Kirschner.** Paraffininjektion in menschliche Gewebe. Eine histologische Studie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 339.)

Auf Grund ausführlicher histologischer Untersuchungsbefunde, die sich für ein kurzes Referat nicht eignen, kommt Verf. zu der Ansicht, daß weder das harte noch das weiche Paraffin im Organismus »einheile«, d. h. durch eine von den umgebenden Geweben gebildete Kapsel eingeschlossen werde, daß vielmehr beide Paraffinarten rastlos resorbiert und durch bindegewebige Durchwachsung ersetzt würden. Daher hält R. den therapeutischen Nutzen der Paraffininjektionen für gering, soweit das Paraffin infolge der Reaktion des umgebenden Gewebes bald an Ausdehnung und Konsistenz verändert werde, und so der mit der Injektion beabsichtigte Zweck, Lücken auszufüllen, eingesunkenes Gewebe zu stützen und Deformitäten auszugleichen, illusorisch werde. Ferner bedinge das Paraffin mitunter schwere örtliche Gewebsstörungen, besonders an Stellen, wo die Haut mit dem darunter liegenden Knochen durch straffes Bindegewebe verbunden ist, wo also, wie beim Gesichtsskelett und bei der Kopfschwarte, die Haut dem Knochen besonders straff aufliegt. Schließlich muß die unausbleibliche narbige Schrumpfung des bei der Organisation des Paraffins gebildeten jungen Bindegewebes deutlicher als alles andere zeigen, wie hinfällig die therapeutischen Voraussetzungen sind, die zur Verwendung des Paraffins geführt haben.

Als Untersuchungsmaterial dienten dem Verf. sechs Paraffinprothesen — fünf harte und eine weiche —, die bis zu $2^1/_2$ Jahren in den verschiedensten Körpergegenden: Nasenrücken, Leistengegend, Stirnhaut, Hoden gesessen hatten, und nachträglich zum Teil samt dem umgebenden Gewebe wieder entfernt werden mußten.

Doering (Göttingen).

---

9) **Jacoby.** Über die Behandlung von Brandwunden mit Zinkperhydrol.

(Therapeutische Monatshefte 1905. Nr. 12.)

J. empfiehlt angelegentlich zur Behandlung frischer und alter Brandwunden das von Merck hergestellte Zinkperhydrol in Pulver- oder Salbenform. Er verwendet das Mittel seit $^5/_4$ Jahren und fand stets sofortiges Nachlassen der Schmerzen, Ausbleiben von Eiterungen und Reizzuständen und rascheste Heilung. Schädliche Nebenwirkungen hat J. nicht beobachtet.

Silberberg (Breslau).

---

10) **Martens.** Die jetzige Behandlung der Knochenbrüche.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 12.)

Verf. betont, daß für eine richtige Behandlung von Knochenbrüchen eine exakte Diagnose die notwendige Vorausbedingung ist. Für dieselbe hält er die Röntgenaufnahme für wesentlich.

Im Anschluß hieren werden die einzelnen Methoden der Frakturenbehandlung genau durchgesprochen.

Die Behandlung komplizierter Brüche findet eine gesonderte Abhandlung, desgl. die Komplikationen, die sich an Brüche anschließen können. Auch der Wert der Allgemein- und Nachbehandlung wird besonders hervorgehoben. Den Schluß des Aufsatzes bildet ein Wort über schlecht geheilte Brüche.

Der ganze Aufsatz gibt uns ein anschauliches Bild der modernen Frakturbehandlung. Der Praktiker wird manchen guten Rat daraus entnehmen können.

Silberberg (Breslau).

---

11) **Baldauf.** Primary carcinoma of the vermiform appendix, with a report of three cases.

(Albany med. annals 1905. Dezember.)

B. kommt auf Grund von drei eigenen Beobachtungen und von 31 im Auszuge mitgeteilten Literaturfällen zu folgenden Schlüssen:

Das primäre Karzinom des Wurmfortsatzes findet sich in $^1/_3$—1% der operativ entfernten Wurmfortsätze; seine gelegentliche Entdeckung bei der Sektion ist sehr selten. Es kommt in verhältnismäßig jugendlichem Alter vor, gewöhnlich zwischen dem 10. und 40. Lebensjahre, am häufigsten in der dritten Dekade, und befällt beide Geschlechter gleich häufig. Gewöhnlich finden sich gleichzeitig akute und chronische entzündliche Veränderungen, und diese führen zu den Erscheinungen, welche eine Operation nötig machen, während die Geschwulst an sich, so lange sie örtlich bleibt, keine pathognomonischen Symptome darbietet. Direkte Ausbreitung auf andere Organe und Metastasenbildung sind selten. Der gewöhnliche Typus ist das einfache Alveolarkarzinom, nächsthäufig ist Adenokarzinom, am seltensten das Kolloidkarzinom. Bündige Schlüsse über die Beziehungen des Karzinoms zu anderen Erkrankungen des Wurmfortsatzes können nur durch systematische, sorgfältige histologische Untersuchung aller operativ entfernter Wurmfortsätze gewonnen werden. Eine chronische obliterierende Appendicitis scheint nicht in allen Fällen ätiologisch in Betracht zu kommen.

B.'s eigene Beobachtungen waren folgende:

1) 38jähriger Mann, klinische Diagnose: akute Appendicitis, Operation im Anfall, Wurmfortsatz verwachsen, leicht entfernt, beginnende Peritonitis. Anatomische Diagnose des Präparates: akute Appendicitis, mikroskopisch: Carcinoma simplex an der Stelle der Schleimhautulzerationen, außerdem akut-entzündliche Veränderungen und periappendikuläre Eiterung.

2) 23jähriger Mann, klinische Diagnose: subakute Appendicitis, Entfernung des Fortsatzes schwierig. Anatomisch zeigt das Präparat die Erscheinungen einer chronischen Appendicitis und Periappendicitis, mikroskopisch: Lichtung ganz geschwunden, an Stelle der Mucosa und Submucosa lockeres Bindegewebe, zwischen diesem Anhäufungen von Epithelialzellen, welche auf die Muscularis und an einer Stelle auf die Subserosa übergehen. Letztere Schichten zeigen chronische Entzündung. Also: Carcinoma simplex mit chronischer Appendicitis.

3) 8jähriges Mädchen mit akuter schwerer Appendicitis, Operation im Anfall, periappendikuläre Abszeßbildung. Mikroskopisch: Carcinoma simplex mit Ul-

zeration; die Neubildung setzt sich in der gesamten Submucosa fort, daneben akut entzündliche Veränderungen. **Mohr** (Bielefeld).

12) **L. Mummery.** Remarks on the value of the sigmoidoscope in the diagnosis between primary and secondary colitis.
(Brit. med. journ. 1905. Dezember 23.)

Verf. erläutert an fünf Fällen den großen Wert des Sigmoidoskops zur Unterscheidung von echter, primärer Kolitis und der oft ganz gleiche Zeichen darbietenden sekundären Kolitis bei hochsitzenden, mit dem untersuchenden Finger nicht erreichbaren bösartigen Geschwülsten. **Weber** (Dresden).

13) **Auvray.** Rupture traumatique de la rate.
(Presse méd. 1905. Nr. 3.)

Verf. gibt auf Grund zweier von ihm mit Erfolg operierter Fälle eine eigene Methode zur Freilegung der Milz bei Ruptur derselben an: Hautschnitt parallel dem Rippenbogen. Lösen der Muskelansätze an der Außenfläche und am unteren Rande des Rippenbogens, vertikale Durchtrennung des Knorpels der neunten Rippe. Um die Pleura nicht zu verletzen, ist es nötig, sich beim Ablösen der Ansätze des Zwerchfelles möglichst dicht an die Rückseite des Knorpels zu halten. Als Vorzüge der Methode werden seitens des Verf.s der ausgedehnte Überblick über das verletzte Organ und die Kürze der Operationsdauer gerühmt.

Verf. gibt zu, daß bei der Schwierigkeit, welche die Milzruptur einer sicheren Diagnosenstellung vor der Operation bereitet, eine Probelaparotomie vor Anwendung seiner Methode meist notwendig sei.

Grunert (Dresden).

14) **L. Brown.** Portal pyaemia and pylephlebitis.
(Brit. med. journ. 1905. November 26.)

Die hergebrachte Meinung, daß die hauptsächlichste Ursache für die eitrige Pylephlebitis die Geschwüre des Darmkanales seien, muß eingeschränkt werden. Wenn sie richtig wäre, so müßten Typhus und Dysenterie eine häufige Veranlassung sein. Das ist aber nach den Ergebnissen der Sektionsbücher vom St. Bartholomews-Hospital nicht der Fall: sie bieten nicht ein einziges Beispiel dar. Dasselbe ergeben die großen deutschen Statistiken über Typhus. — Acht in der letzten Zeit im obigen Krankenhaus beobachtete Fälle von eitriger Pylephlebitis liefern den Beweis, daß zur Entstehung einer Pylephlebitis septische Herde außerhalb des Magendarmkanales nötig sind oder daß die Ursache in unmittelbarer Nachbarschaft der Leber sitzt, z. B. bei Gallensteinen. Eine Ansammlung von Eiter im Gebiete der Pfortader ist die Hauptursache der Pfortaderpyämie. Geschwüre des Magen-Darmkanales sind nur insofern von Wichtigkeit, als sie der häufige Ausgangspunkt einer solchen Eiteransammlung sind.

Weber (Dresden).

15) **M. Patel.** Un mode de traitement des fistules biliaires de la vésicule (la cure alimentaire).

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 121.)

Im Januar 1902 teilte Jaboulay mit, daß er Gallenfisteln dadurch geheilt habe, daß er die Kranken in kurzen Intervallen essen ließ, so daß eine ununterbrochene Verdauung unterhalten wurde. Da während der Verdauung die Galle in den Darm abfließt, wird in dieser Zeit die Gallenblase resp. die Gallenfistel gewissermaßen trocken gelegt. Jaboulay kam auf das Verfahren durch die Beobachtung, daß die betreffenden Kranken des Nachts bei ruhender Verdauung lebhaft durch die Fistel sezernierten.

P., der das Verfahren neuerdings mit glänzendem Erfolge — Fistelheilung in drei Tagen — angewandt hat, empfiehlt es warm. Er ließ seine Kranken alle 3 Stunden kleine Mahlzeiten zu sich nehmen.

V. E. Mertens (Breslau).

16) **Quénu** et **P. Duval.** Pancréatites et lithiase biliaire.

(Revue de chir. Ann. XXV. Nr. 10.)

Unsere Kenntnisse der Pankreaserkrankungen verdanken wir im wesentlichen der Chirurgie und vor allem der operativen Therapie der Gallenwegerkrankungen. Ihr ist im wesentlichen auch Aufschluß über die gleichzeitige Entzündung von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse zuzuerkennen. Dieser Zusammenhang beschäftigt Verff. in der vorliegenden Arbeit, in der sie das Fazit aus 118 publizierten und eigenen Beobachtungen — es werden vier mitgeteilt — gezogen haben. Die Entzündung des Pankreas kann sich bei jeder Form von Gallensteinerkrankung finden, vorwiegend jedoch bei Choledochussteinen (56mal von 104). Am häufigsten ist die chronische Pankreatitis, die in Form interstitieller bzw. interazinöser Cirrhose den Kopfteil der Drüse befällt. Die enge Anlagerung von Choledochus und Bauchspeicheldrüse, deren Gewebe der Kanal oft (in 20—30%) umhüllt, bedingt häufige gleichzeitige Infektion, Rückstauung normaler und infizierter Galle in den Ductus Wirsungianus, Durchbruch von Choledochusulzerationen und Drüsenabszessen ins Pankreas. Die Pankreatitis ist also im wesentlichen eine Komplikation der Entzündung der Gallenwege, wie auch Experimente von Woolseley, Opie u. a. zu beweisen scheinen.

Die rechtzeitige Diagnose der Pankreatitis ist, selbst wo eine epigastrische Geschwulst fühlbar ist, schwierig und unsicher; der »point pankréatique« von Desjardin entbehrt der Bestätigung. Erbrechen soll häufiger bei Pankreatitis vorkommen als bei Gallenleiden allein; Diabetes besteht selten; die Gallenblase soll erweitert sein wie bei Krebs, der etwa durch Kompression bedingte Ikterus nicht so ausgesprochen. Verff. rühmen die guten Erfolge einer Urinuntersuchung nach Cammidge (Lancet 19. April 1904) und vor allem der Stuhluntersuchung nach Gaultier für die rechtzeitige Diagnose.

Die Behandlung der chronischen Pankreatitis kann nur eine in-

direkte sein, Drainage der Gallenwege; vor allem ist der Choledochus genau auf Steine zu untersuchen — mit Verzicht auf die Sondierung vom Cysticus her, wenn nötig durch Inzision des Duodenums. Vor allem achte man auf Konkremente in der Pankreassubstanz. Die vorbezeichneten 118 publizierten Fälle werden kurz referierend aufgezählt.

Christel (Metz).

---

17) **Riedel** (Jena). Über gedrehte Netzgeschwülste mit und ohne vorgängigen Bruch.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Unter den von R. beobachteten sechs Fällen von Netzdrehung waren vier mit der Diagnose Appendicitis in die Klinik eingeliefert worden. Zwei derselben waren durch vorgängige Bruchbildung zustande gekommen, die bei den anderen zwei Pat. nicht nachzuweisen war. Indes glaubt R., hierzu durch eine andere Beobachtung veranlaßt, daß auch in solchen Fällen vielleicht eine sog. Bruchanlage besteht, daß das in die von außen unsichtbare Ausstülpung des Bauchfells eingedrungene Netz klumpig entartet, aus ihr wieder in die Bauchhöhle zurückgleitet und, entweder in ihrem unteren Abschnitte liegen bleibend oder weithin nach oben verschoben, in ihr sich immer mehr vergrößert. Bezüglich der klinischen Erscheinungen jener vier Fälle von intraabdomineller Torsion ist zu bemerken, daß in dem einen das Leiden ganz akut in Erscheinung getreten war, während die übrigen drei Kranken schon früher etwas Außergewöhnliches gespürt hatten: vor mehr oder minder langer Zeit unvollständige Netzdrehung ohne Infarktbildung, seitdem Unbehagen (Leibschmerzen, Gefühl der Schwere, auch wohl Erbrechen) im Leibe; dann plötzlich vollständige Drehung. — In differentialdiagnostischer Beziehung kommen je nach der Lage der Geschwulst Appendicitis, Drehung oder Entzündung einer Ovarialcyste oder Tube (Pyosalpinx) und Cholecystitis in Betracht; meist wird nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich sein.

Die zwei Fälle von Netztorsion im Bruchsacke boten verschiedene Vorgeschichten; im ersten hatte ein Netzknoten viele Jahre im Bruchsacke gelegen, war dann in die Bauchhöhle, sich dort vergrößernd, zurückgerutscht, dann wieder hervorgetreten, bis er plötzlich, nachdem er schon vorher öfters dicker und schmerzhaft geworden, eine Drehung um 360° erfuhr. Im anderen Falle waren einige Wochen vorher mehrfache unvollständige Torsionen des dünnen, in den Bruchsack herabragenden Netzstranges erfolgt, bis dann schließlich die letzte Drehung um 360° zur Infarzierung unter- und oberhalb der gedrehten Stelle führte.

Alle sechs Fälle wurden durch Unterbindung des Stieles mit Catgut (R. warnt vor dem Gebrauche von Seide bei Netzligaturen, wie überhaupt bei Operationen im Bauch) und Exstirpation der Geschwülste geheilt.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

Die alimentäre Therapie der nach Cholecystostomie auftretenden Gallenfistel.

Von

H. Gross in Bremen.

Als »cure alimentaire des fistules biliaires« haben zuerst (1902) Jaboulay und Tixier, neuerdings Patel[1] (Lyon) ein einfaches Verfahren empfohlen, um den nach Cholecystostomie bei Wiedereröffnung des Ductus cysticus auftretenden Gallenfluß zum Versiegen zu bringen und so die Bedingungen zur Heilung der Fistel zu schaffen. Sie lassen keine größeren Intervalle zwischen den Mahlzeiten eintreten. Die Anhäufung des Lebersekretes in dem Gallenreservoir wird auf diese Weise verhindert. Der zugrunde liegende physiologische Gedanke bedarf in seiner Einfachheit keines weiteren Kommentars.

Bei der Operierten Patel's — die Arbeit der erstgenannten Autoren war mir nicht zugänglich — war die am Tage nach der Operation auftretende Gallenabsonderung besonders reichlich nach Mitternacht; man ließ die Kranke außer ihren gewöhnlichen Mahlzeiten noch zwei weitere des Nachts nehmen; der Gallenfluß verminderte sich um die Hälfte. Darauf wurde Nahrungsaufnahme alle 3 Stunden, Tag und Nacht hindurch, angeordnet. Bereits nach 2 Tagen ließ die Fistel keine Galle mehr austreten, auch nicht, als nach Verlauf weiterer 5 Tage die supplementären Mahlzeiten fortgelassen wurden.

Bald, nachdem ich von ihm Kenntnis genommen hatte, bot sich mir Gelegenheit zu einer Nachprüfung des Verfahrens. Der Erfolg scheint für seine ausgezeichnete Brauchbarkeit zu sprechen.

Herr J. A., 64 Jahre alt, aus Boston, kam am 17. November 1905 mit Empyem der Gallenblase und Phlegmone der Bauchdecken ins Krankenhaus St. Josephstift zur Aufnahme. Vor 4 Jahren war bei ihm von einem amerikanischen Chirurgen die Cholecystostomie mit Extraktion von 103 Steinen ausgeführt worden. Es blieb jedoch eine »Wasser« absondernde Fistel zurück, die erst im letzen Frühjahr sich schloß. Seitdem stellten sich öfters Anfälle von Magenkolik ein. Das Empyem der Gallenblase hatte sich während der Überfahrt nach Europa ausgebildet. Nach Spaltung der Phlegmone eröffnete ich die Gallenblase und extrahierte zwei große Facettsteine, die sicher seinerzeit zurückgeblieben waren. Vom 17. bis 24. November 1905 dauerte die Eiterabsonderung aus der Gallenblase an, dann trat nach schneller Heilung der Bauchdeckenphlegmone Gallenfluß ein, der sehr bald ganz profus wurde und bis zum 8. Dezember unvermindert anhielt. An diesem Tage leitete ich die »Cure alimentaire« ein und verordnete nach Patel alle 3 Stunden, auch des Nachts, Mahlzeiten. Am nächsten Tage war die Gallenabsonderung mindestens um die Hälfte vermindert; am 9. Tage konnte der Kranke mit kaum noch sezernierender Fistel entlassen werden. Er mußte Bremen verlassen; nach 5 Tagen teilte er mir brieflich mit, daß der Gallenfluß weiter völlig ausgeblieben sei; eine weitere Mitteilung besagt, daß die noch restierende punktförmige Fistel verheilt sei.

Liegt »einfache Koinzidenz« vor, was die französischen Autoren, speziell Patel, verneinen? Ich habe auch nicht den Eindruck gewonnen; im Gegenteil! Der »Erfolg« war allzu eklatant; ihn als solchen zu beurteilen, befähigen mich frühere Erfahrungen nach der Cholecystostomie.

---

[1] Patel, La cure alimentaire des fistules biliaires. Semaine méd. 1905. Nr. 43 und Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 21; Ref. d. Bl. Nr. 15.

Die kurze Notiz in der Semaine méd. wird kaum viel Beachtung, zumal im deutschen Leserkreise, finden. Ich weiß, mit welcher Vorliebe, namentlich in kleinen Krankenhäusern, noch die Cholecystostomie ausgeführt wird. Die Methode könnte wirklich so leistungsfähig sein, wie die französischen Chirurgen annehmen, und vielleicht auch mein Fall demonstriert.

Dies die Gründe, weshalb ich sie hier mitteile und zur Nachprüfung empfehle.

Ich selbst, als prinzipieller Anhänger der Ektomie, werde kaum sobald wieder Gelegenheit haben, einen zweiten Versuch zu machen, es sei denn im weiteren Verlaufe der Behandlung nach Hepaticus- bzw. Choledochusdrainage, bei der vielleicht auch einmal die Anwendung der »Cure alimentaire« indiziert sein dürfte.

---

18) **Rockenbach.** Über die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Tuberkulose in dem badischen Orte Walldorf.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV. Hft. 4.)

In diesem jetzt fast 4000 Einwohner zählenden Orte hat Verf. in mehrmonatiger Arbeit die Erkrankungen an Tuberkulose in den einzelnen Familien, soweit das möglich war, festgestellt und die auf diese Weise gewonnenen Tafeln mit Hilfe früher in Walldorf ansässiger Ärzte und mit Benutzung der Sterberegister des statistischen Landesamtes in Karlsruhe bis 1852 zurück ergänzt.

Die erbliche Disposition ist nach diesen Untersuchungen so gut wie belanglos, die Infektionsgefahr von großer Bedeutung, aber nicht allein ausschlaggebend; so waren nur in 17,12% aller Ehen Tuberkulöser (37 unter 216) beide Ehegatten erkrankt. Es muß eine erworbene Disposition hinzutreten; das wird am besten dadurch bewiesen, daß die männlichen und weiblichen Zigarrenarbeiter ganz besonders unter Tuberkulose zu leiden hatten; allerdings ist auch für sie die Infektionsgefahr sehr groß. **W. v. Bruun** (Rostock).

19) **S. Robertson.** A case of traumatic asphyxia.

(Brit. med. journ. 1905. November 18.)

Ein 3jähriges Kind erleidet eine schwere Quetschung des Oberkörpers und zeigt alsbald nach einer schwierigen Befreiung aus der eingezwängten Lage außer ganz unbedeutenden Hautabschürfungen eine tief blauschwarze Verfärbung von Gesicht, Hals und Nacken mit scharfer unterer Grenze gegen die normale Haut. Die blaue Farbe war besät mit ganz kleinen rötlichbraunen Flecken. Diese Verfärbung änderte sich nicht auf Druck. Ähnliche Flecke fanden sich auf der Innenfläche der Lippen; unter der Conjunctiva beiderseits Hämorrhagien. Nach Überwindung des schweren Choks schnelle Wiederherstellung. — Verf. kennt nur sieben Fälle ähnlicher Art aus der Literatur und läßt die Frage, ob es sich um eine Stase von kohlensäureüberladenem Blut in vorübergehend gelähmten Kapillaren oder um subkutane und kutane Blutaustritte handelt, offen.

(Die Veröffentlichungen von Perthes, Braun u. a. über diese sog. »Druckstauung« oder »Stauungsblutung«, deren Wienicke 1904 bereits 28 zusammenstellen konnte, erwähnt R. nicht.) **W. Weber** (Dresden).

20) **Findlay and Riddell.** Gummatous synovitis of many joints, closely simulating rheumatoid arthritis, in a congenitally syphilitic child.

(Glasgow med. journ. 1906. Januar. p. 13.)

Ein 7jähriges Kind mit deutlichen Zeichen kongenitaler Syphilis (chronischem Schnupfen, Hutchinson'schen Zähnen, interstitieller Keratitis, doppelseitiger Schwerhörigkeit), das aber nicht an Rachitis gelitten hat, bekommt im Verlaufe von Monaten Schwellung, Schmerzen und Steifigkeit in den meisten großen und vielen kleinen Gelenken; Bewegungen sind teilweise nur unter krachenden Geräuschen auszuführen; einige Lymphknotengruppen schwollen langsam an, auch bildeten sich an einzelnen Rippen knotenförmige Verdickungen.

Nach zahlreichen therapeutischen Versuchen erzielte man mit Strömen hoher Frequenz wesentliche Besserung, die durch Quecksilber und Jodkali weiter gefördert wurde; doch blieben eine Anzahl von Gelenken auch nach 2 Jahren noch wenig beeinflußt.

(Könnte es sich hier vielleicht um eine Kombination von kongenitaler Lues mit schwerer chronischer deformierender Polyarthritis handeln, die bisweilen bei Kindern zur Beobachtung kommt? Ich selbst erinnere mich eines gleichen Falles, wo Lues und Tuberkulose, überhaupt jede spezifische Infektion ausgeschlossen war. Ref.) **W. v. Brunn** (Rostock).

21) **G. Schwarz.** Phlebitis migrans (non syphilitica).
(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 178.)

Bei zwei Phthisikern im letzten Stadium entstand ohne spezielle Störung des Allgemeinbefindens eine umschriebene schmerzhafte Entzündung im Verlauf einer Vene, die dabei spindelförmig anschwoll. Das umgebende Gewebe, besonders die bedeckende Haut, zeigte gleichfalls entzündliche Veränderungen. Die Durchgängigkeit des befallenen Gefäßes blieb unversehrt. Der so gebildete knotenförmige Entzündungsherd schritt dann, sich genau an das Gefäß haltend, mit dem Blutstrom oder auch gegen denselben fort, an der Haut keine sichtbaren Spuren hinterlassend, während an der Gefäßwand nach Ablauf des Prozesses eine mäßige Verdickung bestehen blieb. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der spindelförmig aufgetriebenen Venenstellen ergab eine entzündliche Veränderung der Adventitia und Media; die Intima war völlig unversehrt. Für das auffallendste Symptom des Prozesses, das Wandern der entzündlichen Affektion, konnte Verf. nur zwei Beispiele in der Literatur auffinden: E. Neisser, Phlebitis migrans uretica, Deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr. 37, und eine Mitteilung von Buschka, Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LXXII. — Der Neisser'sche Fall unterschied sich von dem vorliegenden besonders durch zahlreiche, die Intima betreffende Entzündungsherde; in der Buschka'schen Arbeit wurde als besonders auffallend eine erhebliche Zirkulationsstörung in den befallenen Venen erwähnt. Zur genauen klinisch-anatomischen Präzisierung dieser eigentümlichen Venenerkrankung bedarf es nach Ansicht des Verf.s noch zahlreicher weiterer Beobachtungen, aus denen auch hervorgehen dürfte, ob es angängig ist, eine luetische Form der Phlebitis migrans und eine nicht luetische zu unterscheiden. **Doering** (Göttingen).

22) **Tanton.** Note sur un procédé simple, pratique et peu couteux de stérilisation du catgut.
(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 11.)

Die Herstellung des Jodazeton-Catgut ist folgende: Nachdem das Rohcatgut entfettet und dann auf Glasrollen in einfacher Lage aufgerollt ist, liegt es 15 bis 20 Tage in Äther, dann ebensolange in einer 2%igen Jodazetonlösung und wird endlich für den Gebrauch in 90%igem Alkohol aufbewahrt. Dann erwies es sich als steril und sehr zugkräftig. Durch Versuche wurde festgestellt, daß dieses unter die Haut von Tieren gebrachte Catgut eine Resorptionsdauer von 3 Wochen besaß.

Nach des Ref. Ansicht ist die Herstellung dieses Catguts sehr zeitraubend. Wieviel kürzer ist die Herstellung des Sublimatalkohol-Catguts oder des vom Ref. empfohlenen trockenen Jodcatguts (Deutsche med. Wochenschrift 1905 Nr. 51).
Herhold (Altona).

23) **P. Krause.** Zur Röntgentherapie der Pseudoleukämie und anderweitiger Bluterkrankungen.
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Während K. in zwei größeren Arbeiten in Band VIII dieser Zeitschrift von so günstigem Erfolge bei der Bestrahlung der Leukämiker berichten konnte, zeigen seine Versuche an Pseudoleukämikern, daß man keine allzu großen Hoffnungen auf die Röntgentherapie bei diesem Krankheitsbilde setzen darf.

Die einzelnen Unterarten der unter dem Sammelnamen Pseudoleukämie bekannten Krankheit gruppiert K. in folgender Weise:

I. Symmetrische Lymphdrüsenanschwellung (Hodgkin'sche Krankheit).
II. Lienale Pseudoleukämie mit und ohne Lymphdrüsenanschwellung (eigentliche Pseudoleukämie).
III. Lymphosarkomatosis.
IV. Lymphomatosis tuberculosa.
V. Anaemia splenica.
VI. Milztumor unbekannter Genese.
VII. Struma lymphomatosa mit Mediastinaltumor.

Die angewandte Technik ist die früher beschriebene.

Das Resultat seiner Versuche war eine teilweise günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Lymphdrüsenschwellungen, welche in Fällen von Pseudoleukämie im engeren Sinne (II) überraschend schnell zurückgingen. Bestehen aber solche Drüsenpakete schon längere Zeit (1—2 Jahre), so werden sie nur wenig beeinflußt.

Lymphdrüsenschwellungen tuberkulöser oder luetischer Ätiologie erfahren nach des Verf.s Versuchen keine Besserung.

Bei Lymphosarkomatose ließ die Röntgenbehandlung vollkommen im Stiche, dagegen scheinen metastatische Lymphdrüsenkarzinome günstig beeinflußt zu werden, ebenso die symmetrischen Drüsenschwellungen bei der Mikulicz'schen Krankheit.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die pseudoleukämischen Milzschwellungen ist längst keine so prompte wie bei der leukämischen. Noch weniger wurden die Milzschwellungen anderer Herkunft (Anaemia splenica, Anaemia gravis, Malaria, amyloide Degeneration) irgendwie günstig beeinflußt.

Zusammenfassend bemerkt Verf., daß durch die Bestrahlung in einigen Fällen Gewichtszunahme, Steigerung der Zahl der Erythrocyten und Erhöhung des Hämoglobingehaltes, Besserung des Allgemeinbefindens erreicht wurde, in keinem Falle Heilung.

In schweren Fällen perniciöser Anämie hält Verf. die Röntgentherapie für aussichtslos. **Gaugele** (Zwickau).

24) **Metzentoum.** Radium. Its value in medecine, with reports of cases.

(Arch. internat. de chir. Vol. II. Fasc. 4.)

M. hat sechs Fälle von Lupus, Epitheliom und Ulcus rodens mit bestem Erfolge mittels Radium bestrahlt. Er ist in der Weise vorgegangen, daß er jeden 3. bis 4. Tag 35—45 Minuten bestrahlte, ohne eine andere Therapie anzuwenden.

Bei einer großen Reihe von Versuchen will Verf. die Entdeckung gemacht haben, daß das schwach radioaktive Präparat (100) gerade so gut wirkt wie das von starker Aktivität (7000). Ferner gelang es dem Verf. nicht, bei etwa 100 Experimenten, Flüssigkeiten und Pulver durch Hineinhängen von Radiumkapseln radioaktiv zu machen. (? Ref.) **Engelmann** (Dortmund).

25) **Defosses.** Le radium en thérapeutique »Radiumtherapie«.

(Presse méd. 1905. Nr. 16.)

Nach einem Überblick über den heutigen Stand der Radiumtherapie erläutert Verf. einen von Armet de Lisle konstruierten Apparat zur Anwendung des Radiums. Während sonst das Radium in Behältern zur Anwendung kam, welche einen erheblichen Teil der Emanationen absorbierten, wird es hier auf einem Metallplättchen mit Firnis befestigt. Das Plättchen sitzt beweglich auf einem Stiel und gestattet eine bequeme Anwendung auch in Körperhöhlen. Für leichtere Affektionen, hofft Verf., sollen die leicht transportablen Radiumapparate die Röntgenapperate ersetzen, während das Radium zufolge seiner geringen Tiefenwirkung in vielen Fällen ohne Nutzen sein wird. **Grunert** (Dresden).

26) **Rogers.** Two further cases of snake bites treated successfully by local applications of potassium permanganate, with suggestions for extension of its use.

(Brit. med. journ. 1905. November 11.)

Seinen fünf im Februar 1905 veröffentlichten Fällen von Heilung nach Schlangenbissen durch lokale Anwendung von übermangansaurem Kali, das in die zu diesem Zwecke gemachten Inzisionen eingerieben wird, fügt Verf. zwei weitere hinzu. Im ersten Falle wurde ein Koch in einem abgelegenen Teile Nordsiams von einer Giftschlange (Russell's viper) dreimal in den Arm gebissen: Nach Abschnürung des Armes wurde die Wunde ausgesogen, inzidiert und $^1/_2$ Stunde in sehr starker Lösung von übermangansaurem Kali gebadet. Heilung in 3 Wochen. Im zweiten Fall umschnürte ein von einer Cobra gebissener Hindu das betroffene Bein oberhalb der Verletzung, ließ sich $^1/_2$ Stunde später einen Einschnitt machen und in die Wunde mehrere Kristalle von übermangansaurem Kali einreiben mit einem Verbande darüber. Heilung.

Verf. empfiehlt das genannte Desinfiziens auch für Skorpionsbisse, da das Skorpionsgift denselben albumosenartigen Charakter hat wie das Schlangengift. Auf Grund von Experimenten glaubt er es auch als prophylaktische Maßnahme empfehlen zu dürfen bei Wunden, die einer Infektion mit Tetanusbazillen verdächtig erscheinen, und wenn es aus Mangel an ähnlicher Hilfe unmöglich ist, das als Prophylaktikum so sehr günstig wirkende Tetanusserum in Anwendung zu bringen. — Der Straßenstaub von Kalkutta erzeugt, experimentell geprüft, in der Regel bei fünf Ratten von sechs einen Tetanus. Von sechs mit diesem Staube geimpften Ratten, denen gleichzeitig einige Kalium permanganicum-Kristalle mit unter die Rückenhaut gebracht wurden, starb eine an Tetanus; von sechs Kontrolltieren starben fünf an Tetanus. — Von zwölf Ratten, denen in tiefe Einschnitte Straßenstaub eingerieben worden war, blieben sechs unbehandelt als Kontrolltiere, bei dreien wurden die Wunden $^1/_4$ Stunde nach der Impfung mit einer starken Lösung von Kalium permanganicum gewaschen, bei drei weiteren eine volle Stunde nach der Impfung. Alle diese sechs behandelten Tiere blieben gesund, von den sechs Kontrolltieren starben vier an Tetanus, der bakteriologisch festgestellt wurde, eins an Staphylokokkensepsis. **Weber** (Dresden).

27) **R. Smith and R. Daglish.** Chloroform syncope and direct manipulation of the heart.

(Brit. med. journ. 1905. November 18.)

Bei einem 63jährigen Manne, dessen Mastdarm in Chloroformnarkose untersucht wird, und der, mäßig abgemagert, eine geringe Verkalkung seiner Arterien aufweist, verschwinden im Anfange der tiefen Narkose Puls und Atmung vollständig bei weiten Pupillen und livider Gesichtsfarbe. Tieflagerung des Kopfes, Herausziehen der Zunge, künstliche Atmung, Strychnininjektionen sind ohne Erfolg. 3 Minuten nach Aufhören von Puls und Atmung schnellste Öffnung des Bauches in der Mittellinie, uumittelbar unter dem Proc. ensiformis, Umgreifen des Herzens durch das völlig erschlaffte Zwerchfell hindurch und Andrängen desselben gegen die Rippen mit knetenden Bewegungen. Die Ventrikel sind schlaff und kollabiert und zeigen nur ein leichtes Zittern. Gleich nach Beginn des Knetens setzen leichte Herzkontraktionen ein, und nach 1 Minute schlägt das Herz schwach, aber regelmäßig. Nach einigen Minuten Abwartens Schluß der Bauchwunde. Anstandslose Heilung trotz ganz ungenügender Fingerreinigung nach der Mastdarmuntersuchung. Geheilt entlassen. **W. Weber** (Dresden).

28) **Morton.** A study of the records of one hundred and fifty cases of operation for appendicitis.

(Bristol med.-chir. journ. 1905. September.)

Aus M.'s Erfahrungen bei 150 Appendicitisoperationen ist folgendes bemerkenswert. M. unterscheidet scharf Fälle mit allgemeiner Peritonitis, d. h. Verbreitung

über die ganze Bauchhöhle, und solche mit ausgedehnter Peritonitis in der unteren Bauchhöhle; erstere starben fast sämtlich, letztere wurden größtenteils gerettet (12 von 14), obwohl gewöhnlich das ganze Becken und oft die ganze untere Bauchhöhle ohne jede Lokalisation des Eiters ergriffen war. M. überzeugte sich meist durch einen besonderen Einschnitt oberhalb des Nabels, daß die obere Bauchhälfte frei von Peritonitis war. In diesen Fällen wurde, um Einfließen von Eiter in die obere Bauchhöhle zu verhüten, der Pat. während der Operation so gelagert, daß die rechte Spina anterior superior den niedrigsten Punkt des Rumpfes bildete.

M. teilt mehrere interessante Beobachtungen von Kombination der Appendicitis mit mechanischem Ileus mit. Bei einem Pat.. bei welchem Schüttelfröste, hohes Fieber, Ikterus auf eine Infektion der Vena portae hindeutete, trat nach der Entfernung des verwachsenen und ulzerierten Fortsatzes, der nur geringe klinische Symptome gemacht hatte, rasche Heilung ein. In einem Falle mit den Symptomen einer akuten rezidivierenden Appendicitis mit schweren Allgemeinerscheinungen fand M. den Fortsatz ganz normal und entfernte ihn nicht; trotzdem trat nach der Operation rasche Heilung ein. Bei einem weiteren Pat. wurde eine Appendicitis durch Abdominaltyphus vorgetäuscht; bei der Operation fand sich eine harte Geschwulstmasse an der Innenseite des Blinddarmes, die aus dem stark geschwollenen, infiltrierten und schwarz verfärbten Ende des Ileums bestand; außerdem leichtere Schwellung weiter aufwärts am Ileum, stark verdickte Stellen an seiner Oberfläche (Geschwüre?), Mesenterialdrüsenschwellung, Wurmfortsatz normal. Erst die Obduktion ergab mit Sicherheit, daß es sich um einen Fall von Abdominaltyphus handelte.

M. macht schließlich auf die Scheinbesserungen im Verlauf einer akuten Appendicitis aufmerksam, während in Wirklichkeit eine allgemeine Peritonitis einsetzt.

Mohr (Bielefeld).

29) **Mc Garrahan.** Some conditions having as symptoms pain and tenderness in the right iliac region.

(Albany med. annals 1905. November.)

Verf. bespricht einige Erkrankungen, welche mit Schmerzen und Empfindlichkeit in der rechten Iliacalgegend einhergehen, auf den erkrankten Wurmfortsatz bezogen werden und besonders bei akuten und schweren Symptomen zu Operationen Veranlassung geben können, bei denen der Fortsatz nicht oder kaum verändert gefunden wird.

So berichtet M. über eine 22jährige Frau mit den Erscheinungen einer katarrhalischen Appendicitis; nach vorübergehender Besserung plötzlich wieder Symptome, welche auf eine Perforation des Fortsatzes hinzudeuten schienen. Jedoch waren die Veränderungen an ihm, die bei der Operation gefunden wurden, nur ganz unbedeutender Natur. Appendektomie. Zunächst Besserung, nach 3 Wochen plötzlich Schmerzen in der rechten Lendengegend, welche nach dem Blinddarme zu ausstrahlten, Druckschmerz über der rechten Niere, Eiter und Blut im Urin, also Pyelonephritis, vermutlich mit Stein. Bemerkenswert in diesem Falle war die sehr ausgeprägte Hyperästhesie der Haut über der Blinddarmgegend. Der Urin war vor der Operation normal, vermutlich durch zeitweilige Verlegung des Harnleiters.

Bei einer zweiten Pat. bestanden zunächst Erscheinungen, welche auf Typhus oder auf eine Autointoxikation vom Darm aus hinwiesen. Nach vorübergehender Erholung plötzlich schwere Symptome in der rechten Unterbauchgegend; Diagnose: Typhusperforation oder schwere Appendicitis. 5 Stunden später bestand das Bild einer septischen Peritonitis. Operation, freier Eiter in der Bauchhöhle, Wurmfortsatz nicht verändert, im kleinen Becken geplatzter Ovarialabszeß, Ovariotomie, Drainage, Heilung.

Von sonstigen Affektionen, welche infolge eines in der Harnröhrengegend lokalisierten Schmerzes zu Verwechslungen mit Appendicitis führen können, erwähnt M. rechtsseitige Pleuritis, rechtsseitigen Leistenbruch, Nierenkoliken, Erkrankung der rechten Adnexe.

Mohr (Bielefeld).

30) **Corning.** Retention cyst and diverticulum of the vermiform appendix.

(Albany med. annals 1905. Dezember.)

Unter 735 im Laufe von 9 Jahren operativ entfernten Wurmfortsätzen, welche im Bender Laboratory zu Albany untersucht wurden, fand Verf. fünf Fälle von cystischer Dilatation des Fortsatzes (in einem Falle kombiniert mit Divertikelbildung), deren pathologisch-anatomische Befunde genauer mitgeteilt werden. Gewöhnlich handelte es sich klinisch um akute oder chronische Appendicitis, um Operationen im freien Intervall, und um mehr oder weniger verwachsene Fortsätze. Pathologisch-anatomisch bestand in Fall 1 eine chronische Appendicitis, cystische Dilatation des distalen Endes mit gelatinösem Inhalte, falsches Divertikel. In Fall 2 handelte es sich um eine chronische obliterierende Appendicitis mit cystischer Erweiterung, in Fall 3 ebenfalls um kolloide Erweiterung eines chronisch veränderten Fortsatzes ohne ersichtliche Ursache der Erweiterung, am distalen Ende Bildung eines falschen Divertikels mit stärkeren ulzerös-entzündlichen Veränderungen der Wandung als in der Fortsatzlichtung selbst. Die vierte Pat. litt seit langen Jahren an einer Geschwulst im Hypogastrium, welche bei der Aufnahme das ganze Becken auszufüllen schien, bis zu Nabelhöhe nach oben reichte, ziemlich hart sich anfühlte und unbeweglich war. Die Operation ergab eine im Becken gelegene, mit der Umgebung verwachsene Cyste mit gelatinösem Inhalte von ca. 1 Liter. Außer dieser Ovarialcyste fand sich eine kolloide Cyste des Wurmfortsatzes; durch die mikroskopische Untersuchung konnte eine Ursache der Retention nicht festgestellt werden; vielleicht hatte die Ovarialcyste den Fortsatz an einer Stelle zusammengedrückt oder geknickt. Im letzten Falle lag eine kolloide Auflagerung um die Spitze des Fortsatzes vor, die von der Ruptur einer kolloiden Cyste irgendwo sonst im Bauch (Ovarium, Lig. latum) herrühren mußte.

Mohr (Bielefeld).

31) **Jalaguier.** Invaginations de l'appendice iléo-coecale.

(Bull. de l'acad. de méd. Sitzung vom 7. November 1905.)

J. war in der Lage, zweimal bei Hernien von Kindern, bei welchen sich Blinddarm und der normale Wurmfortsatz in einem Skrotalbruche befanden, physiologische Veränderungen des Wurmfortsatzes zu beobachten, indem dieses kleine, weiche und kaum tastbare Organ sich zwischen den Fingern aufs 2—3fache vergrößerte, krümmte und hart wurde. Diese Vorgänge konnten nicht nur getastet, sondern auch durch die dünne Haut des kindlichen Hodensackes gesehen werden. Diese Kontraktionen setzten sich dann auf den Blinddarm fort, der sich gleichfalls steifte.

Diese am gesunden Organe gemachte Beobachtung zieht J. zur Erklärung für die Entstehung von Invaginationen an dieser Stelle heran. Der Blinddarm brauche dem sich starr kontrahierenden Wurmfortsatze gegenüber nur weich zu bleiben, so könne er sich von demselben eindrücken lassen. Von diesen kleinen Anfängen könne es dann zu den gewaltigen ileocoecalen Invaginationen kommen.

Als Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung dienen drei Beobachtungen am Kranken.

1) Beobachtung einer coecalen Invagination, die sich von selbst rückbildete. Der Invaginationsgeschwulst anhängend, konnte man einen olivenartigen Körper tasten. Nach der spontanen Lösung der Invagination Laparotomie, die einen sehr vergrößerten und zum Teil verwachsenen Wurmfortsatz zutage förderte.

2) Bei einem 11jährigen Mädchen wurde bei einer Appendektomie ein sehr kurzer Wurmfortsatz gefunden. Derselbe zeigte sich jedoch in einer Länge von 3 cm in den erweiterten Blinddarm eingestülpt.

3) Ein 8jähriger Knabe leidet an einer sich öfters wiederholenden und wieder zurückbildenden Einstülpung in der Blinddarmgegend. Operation. Die Coecalgeschwulst von Hühnereigröße besteht aus einer Invagination eines Teiles des Wurmfortsatzes und der Valvula ileo-coecalis. Beide waren etwa 2 cm tief ein-

gestülpt. Die Lösung gelang leicht. Wenn man jetzt den Wurmfortsatz ergriff und damit leicht gegen den Blinddarm drückte, so stellte sich spontan eine Invagination bis ins Colon transversum her.

Eine Literaturstudie beschließt die Arbeit.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

32) **v. Bruns** (Tübingen). Brucheinklemmung einer Appendix epiploica.
(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

v. B. ergänzt Riedel's Mitteilungen über das Eintreten von Appendices in äußere Bruchsäcke durch Bericht über einen Fall von isolierter Einklemmung einer Appendix epiploica in einem linksseitigen Leistenbruch einer 55jährigen Frau. Es bestanden die Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches ohne Darmverschluß, und war die bedeckende Haut der hühnereigroßen Geschwulst gerötet und ödematös, im Bruch etwas Flüssigkeit und eine an ihrer Basis nahe dem Ansatz am gesunden Darm eng umschnürte, ein mißfarbiges, gangränöses Aussehen zeigende Appendix epiploica der Flexur. Abbinden derselben, Radikaloperation; primäre Heilung. **Kramer** (Glogau).

33) **M. M. Moran.** Umbilical cord hernia.
(Amer. journ. of surg. 1905. Dezember.)

Beschreibung eines Falles von Hernia funiculi umbilicalis von der Größe eines Fußballes, der einige Stunden nach der Geburt erfolgreich radikal (unter Chloroform) operiert wurde.

Nach Lindfors kommt eine derartige Anomalie unter 5184 Geburten vor.

Kurze Übersicht über Ätiologie, Diagnose und Operationsmethode.

Goebel (Breslau).

34) **Delore et Leriche.** Leiomyome malin de l'estomac.
(Bulletin méd. 1905. p. 794.)

Verff. beobachteten folgenden Fall von bösartiger Pylorusgeschwulst mit Ausgang von der Muskulatur.

Magenstörungen seit 15 Monaten, Abmagerung, Kachexie, in der Pylorusgegend eine apfelgroße, harte, bewegliche Geschwulst.

Operationsbefund: Da die freigelegte Pylorusgeschwulst sehr beweglich, scharf umgrenzt und ohne Metastasen war, wurde die Pylorektomie mit nachfolgender hinterer Gastroenterostomie ausgeführt. Heilung.

Die Pat. war nach 2 Jahren noch ohne Rezidiv.

Die histologische Untersuchung ergab, daß die Schleimhaut ganz normal, die Muscularis mucosae dagegen verdickt war, in die unterliegende Schicht eindrang, und zahlreiche glatte Muskelfasern von embryonaler Beschaffenheit zwischen Bindegewebe zeigte.

Diagnose: Malignes Leiomyom. **Mohr** (Bielefeld).

35) **Jäger.** Fall von Magenresektion mit partieller Resektion der Bauchwandmuskulatur wegen adhärenten Magentumors.
(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Nr. 49.)

Der 41jährige Kranke litt seit 6 Jahren an Magengeschwür, Blutbrechen, Erscheinungen von Magenzerrung. Seit einigen Wochen Geschwulst in der Magengegend, fast unstillbares Erbrechen; die gänseeigroße Geschwulst war mit der vorderen Bauchwand verwachsen und fühlte sich derb höckerig an. Im Mageninhalte freie Salzsäure.

Bei der Operation mußte ein mit der Geschwulst fest verwachsenes, halbhandtellergroßes Stück des Rectus mit entfernt werden. Ablösung einer festen Verwachsung mit dem Querkolon. Die Geschwulst setzte sich auf dem Magen fort, und zwar bis an den Pylorus, ohne jedoch diesen selbst mehr als durch seine eigene Masse zu verlegen. Zur Abtragung der Geschwulst mußte der Fundus reseziert

werden; der Dickdarm wurde, um in seiner Ernährung nicht allzu sehr gefährdet zu werden, an der unteren Magennahtlinie angeheftet, der Rectusdefekt durch einen seitlichen Lappen teilweise gedeckt. Heilung mit fester Narbe, Brechreiz und Magenbeschwerden schwanden, es wurde wieder gewöhnliche Kost vertragen.

Die herausgeschnittene Geschwulst war eine derbe, schwielige, unebene aber konzentrisch gelagerte Masse, in deren Mitte deutlich das ehemals perforierte, nach außen mit der Bauchwand verklebte Magengeschwür zu erkennen war.

Mohr (Bielefeld).

36) **Riedel** (Jena). Über die Drehung der Appendices epiploicae und ihre Folgen (Corpora aliena und Stränge im Bruche).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 48.)

Seinen früheren Mitteilungen fügt R. jetzt einige weitere von frei in der Bauchhöhle liegenden Fettfremdkörpern an, die von gedrehten Appendices epiploicae herstammten. Zwei der Pat. litten an gallensteinkolikähnlichen Schmerzanfällen, die durch Entfernung der freien, bzw. nur leicht verwachsenen Corpora aliena adiposa zunächst vollständig schwanden. In einem anderen Falle wurde ein solches gelegentlich einer wegen Verdacht auf rezidivierte Appendicitis ausgeführten Operation gefunden, während bei der vierten Pat. eine Peritonitis bestand, deren Ursache vielleicht ein Bakterium coli enthaltender fettartiger Fremdkörper war. In einem weiteren Falle von Strangbildung durch den Stiel einer abgedrehten Appendix epiploica — mit Abschnürung des Dünndarmes und Peritonitis — ließ sich nachweisen, daß Stiel und Corpus aliena von der gleichen Appendix epiploica ausgegangen waren, was in einem früheren Falle nur vermutet werden konnte. Schließlich teilt R. noch zwei Beobachtungen von Drehung einer Appendix epiploica, bzw. von Eintritt einer solchen in einen Bruchsack mit; beide Pat. hatten davon heftige peritoneale Reizerscheinungen. **Kramer** (Glogau).

37) **O. Pasteau.** Occlusion intestinale après une taille sus-pubienne faite en position de Trendelenburg.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juli.)

Ein Beitrag zu der auf dem XXXII. Chirurgenkongreß aufgerollten Frage der Gefahren der Beckenhochlagerung.

Hoher Blasenschnitt wegen eines kleinen Papilloms. Tod nach 3 Tagen unter Ileuserscheinungen.

Bei der Obduktion fand sich die Mitte des Colon transversum in Gestalt eines V ins kleine Becken hinabgezogen und geknickt durch das dort hinabgefallene und durch die Beschwerung der Dünndärme (keine Verwachsungen) festgehaltene Netz.

Als Ursache dieser Lageveränderung wird ein allzu rasches Aufrichten aus der steilen Beckenhochlagerung in die Horizontale angegeben, wodurch das Netz samt dem Colon herabgeschleudert worden. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

38) **Childe.** Wandering spleen; haemorrhage within the capsule; splenectomy; recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 23.)

Eine 54jährige Frau erkrankt plötzlich mit heftigem Schmerz in der Unterbauchgegend, Erbrechen, Schwäche und der Entstehung einer großen, rundlichen, weichen, cystisch sich anfühlenden Geschwulst. Die unter der Annahme einer stielgedrehten Ovarialcyste vorgenommene Operation erweist, daß es sich um eine tiefgesenkte Milz handelte, die, in sehr feste Verwachsungen eingebettet, eine große Blutcyste trägt. Das Blut hatte sich unter die abgehobene Milzkapsel ergossen. Entfernung der Milz. Heilung. Die über 1 Jahr sich erstreckende Beobachtung ergab keine Beeinflußung des Allgemeinbefindens durch die Milzexstirpation. C. fand in der Literatur Berichte über 15 Blutcysten der Milz. Die Blutung war vermutlich zustande gekommen durch eine Drehung der Milzgefäße.

Weber (Dresden).



39) **Fink.** Eine Gallensteinoperation, kompliziert durch mannigfache Eingriffe am Magen und Darme.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 10.)

Bei einer 34jährigen Frau wurde 7 Monate nach einer Cystotomie eine Laparotomie wegen erneuter Koliken nötig. Das Querkolon war mit dem Rande, Duodenum und Magen mit der unteren Fläche der Leber breit und fest verwachsen. Die vergrößerte und steinhaltige Gallenblase komprimierte den gemeinsamen Gang gegen die Wirbelsäule. Die Blase wurde exstirpiert, der Choledochus und Hepaticus gespalten. Infolge Lösung der Verwachsungen entstand eine Kolonfistel, eine gänseeigroße Nekrose am Leberrand und ein Defekt der Duodenalwand. Nach Abtragung der Lebernekrose, Gastroenterostomie und plastischem Verschluß der Duodenal- und Kolonfistel durch den anstoßenden Hautsaum trat Heilung ein.

Gutzeit (Neidenburg).

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.
1906.

Der 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet, um eine Kollision mit dem XV. internationalen medizinischen Kongreß in Lissabon zu vermeiden, vom 4. bis 7. April 1906 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Von einem Begrüßungsabend ist Abstand genommen. Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) am Dienstag, den 3. April, nachmittags von 4—9 Uhr, sowie Mittwoch, den 4. April, vormittags von 8—10, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden. Gegen Einsendung des Jahresbeitrages pro 1906 an Herrn Melzer bis zum 20. März werden Mitgliedskarten von diesem per Post zugesandt.

Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am Mittwoch, den 4. April, Vormittags 10 Uhr, im Langenbeckhause. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9—12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 4. April, sowie die Nachmittagssitzung am Freitag, den 6. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. In der ersteren findet nach § 16 der Statuten die Berichtserstattung statt über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Geschäftsjahre, über die Finanzlage der Gesellschaft, über Pläne zur Vermehrung der Plätze im Sitzungssaal, sowie die Neuwahl bezw. Ergänzung des Ausschusses. Ferner wird vorbehaltlich der Zustimmung des Ausschusses ein Ehrenmitglied der Gesellschaft vorgeschlagen werden. In der zweiten Generalversammlung am Freitag, den 6. April, nachmittags 2—4 Uhr, erfolgt die Wahl des ersten Vorsitzenden für 1907, sowie event. die ebenfalls schriftliche Abstimmung über ein vorzuschlagendes Ehrenmitglied, ferner wird der Herr Kassenführer den ausführlichen Finanzbericht erstatten und danach die Entlastung beantragt werden.

Die im Vorjahre zuerst durchgeführte und bewährte neue Geschäftsordnung wird auch auf dem diesjährigen Kongresse zur Anwendung kommen. Bei der großen Zahl unserer Mitglieder ist es notwendig, eine gewisse Beschränkung des Materials eintreten zu lassen, damit eine der Hauptaufgaben unserer Vereinigung, der freie Meinungsaustausch über wichtige Fragen, nicht zu kurz kommt. Die Herren Mitglieder werden ersucht, diesem Gesichspunkte Rechnung zu tragen und sich genau an die festgesetzten Bestimmungen zu halten, welche unten folgen.

Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 3. März an meine Adresse gelangen zu lassen (Berlin W. 35, Potsdamerstraße 39) mit einer kurzen Inhaltsangabe (§ 2 der G.-O.) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 der G.-O.). Später

einlaufende Ankündigungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden.

Von auswärts kommende Kranke können in der Kgl. chir. Univers.-Klinik (Berlin N., Ziegelstraße 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate und Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen (s. oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen ersucht.

Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen zur Krankenpflege ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldungen in Aussicht genommen (Anmeldung an die Hauskommission des Langenbeckhauses zu Händen des Herrn Melzer).

Ein Demonstrationsabend für Röntgenbilder wird nur dann angesetzt werden, wenn ausreichende Anmeldungen dazu einlaufen.

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich bis zum 1. April an meine Adresse zu senden. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muß mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zu diesem Zwecke können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Dienstag, den 3. April vormittags, sowie während der Kongreßtage nach Bedürfnis statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Dienstag, nachmittags von 4—9 Uhr, oder am Mittwoch, vormittags von 8 Uhr an, bei Herrn Melzer gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen.

Es sind zur Besprechung auf dem diesjährigen Kongreß folgende Themata vorgemerkt:

1) Kriegschirurgische Fragen nach den Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege.

Hierzu sind Vorträge angemeldet von den Herren: Zoege v. Manteuffel, Schaefer, Brentano, Colmers, v. Oettingen, Henle.

2) Über die chirurgische Behandlung des Magengeschwüres.

Den einleitenden Vortrag hat Herr Krönlein übernommen.

3) Über die weitere Entwicklung der Operation hochsitzender Mastdarmkrebse.

Den einleitenden Vortrag wird Herr Kraske halten.

4) Diskussion über die Bier'sche Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen.

Hierzu haben die Beteiligung angemeldet die Herren: Habs, Rotter, Kümmell, Sick, Garrè, Küttner, Bardenheuer, Tilmann, Heidenhain, Schönwerth.

Es wird etwa 14 Tage vor dem Kongreß eine Übersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden.

Berlin, W. 35, 15. Januar 1906.
Potsdamer-Straße 39.

W. Körte,
Vorsitzender für das Jahr 1906.

Geschäftsordnung

nach Beschluß des Ausschusses vom 5. Januar 1905.

§ 1. Der Vorsitzende setzt die Tagesordnung fest und bestimmt die Zahl und Reihenfolge der Vorträge und Demonstrationen.

§ 2. Die Themata der anzumeldenden Vorträge und Demonstrationen sind dem Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 6 Wochen vor dem Kongreß einzureichen.

§ 3. Der Vorsitzende stellt in der Regel nicht mehr als 70 Vorträge und Demonstrationen auf die Tagesordnung. Ein Überschreiten dieser Zahl ist seinem Ermessen anheimgestellt.

§ 4. Vorträge, deren Inhalt bereits veröffentlicht ist, können nur in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden.

§ 5. Die Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, die Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern. Der Vorsitzende hat das Recht, die Zeit um höchstens 10 Minuten zu verlängern.

§ 6. Die Vorträge werden frei gehalten. Der Vorsitzende kann auf vorherigen Antrag des Vortragenden Ausnahmen von dieser Regel zulassen.

§ 7. Die Reden in der Diskussion dürfen 5 Minuten, oder auf Zulassung des Vorsitzenden einige Minuten länger dauern.

Einladung zum V. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der V. Kongreß wird am Dienstag, den 3. April 1906 im Langenbeckhause, Ziegelstraße 10/11, stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen. In der Nachmittagssitzung findet die Generalversammlung statt.

Von der Aufstellung eines Hauptthemas für die Verhandlungen der Gesellschaft ist Abstand genommen worden.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36, anzumelden.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der kgl. chirurgischen Klinik Sr. Exzellenz des Herrn Geh. Rat Professor Dr. v. Bergmann (Ziegelstraße 5/9) Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Professor Dr. Joachimsthal zu richten.

Wien, im Januar 1906.

Adolf Lorenz,
Vorsitzender für 1906.

Deutsche Röntgen-Gesellschaft.

*Der **II. Kongreß** findet am **1. und 2. April d. J.** in Berlin im Langenbeckhause statt.*

Vorläufige Tagesordnung:

Sonntag, den 1. April, vormittags: Geschäftssitzung des Vorstandes.

Montag, den 2. April, vormittags: 1. Generalversammlung, insbesondere Beratung und Annahme der Statuten. 2. Vorträge und Demonstrationen.

Nachmittags: Vorträge und Demonstrationen.

Abends: Projektionsabend und nachher gesellige Zusammenkunft.

Anmeldungen für Vorträge und Demonstrationen sowie Anfragen werden an den derzeitigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Eberlein, Berlin NW. 6, Luisenstraße 56, oder den Schriftführer, Herrn Dr. Max Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstraße 72, bis spätestens zum 1. März d. J. erbeten.

Berlin, den 1. Januar 1906.

R. Eberlein,
Vorsitzender.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. **Sonnabend, den 24. Februar.** **1906.**

Inhalt: **Heusner**, Über Jodbenzindesinfektion. (Original-Mitteilung.)

1) **Eichhorst**, Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — 2) **Keen**, Gesammelte Abhandlungen. — 3) **Clowes** und **Baeslack**, Immunität von Mäusen gegen Krebs. — 4) **Ewart**, Unterbrechung des Blutumlaufes als Heilmittel. — 5) **Graser**, Wundbehandlung und Wundverband. — 6) **Takayama**, Beiträge zur Toxikologie. — 7) **Weissmann**, 8) **Ritterhaus**, Collargol. — 9) **Keppler**, Stauungshyperämie bei entzündlichen Erkrankungen von Kopf und Gesicht. — 10) **Cushing**, Mildernde Maßnahmen bei Hirngeschwülsten. — 11) **Kümmel**, Infektiöse Labyrintherkrankungen. — 12) **André**, Die Lymphgefäße der Nase. — 13) **Honneth**, 14) **Gaudier**, 15) **Fletscher-Ingals**, 16) **Tilley**, Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. — 17) **Kaposi** und **Port**, Chirurgie der Mundhöhle. — 18) **Niculescu**, Krankheitserscheinungen beim Durchbrechen der Weisheitszähne. — 19) **Browning**, Spinale Blutungen. — 20) **Klapp**, Skoliose. — 21) **Hecht**, Kehlkopfstenose. — 22) **Roth**, Intrapleuraler Druck. — 23) **Tiegel**, Lungennaht. — 24) **Lindner**, Chirurgie des Herzbeutels. — 25) **Handley**, Brustkrebs.

26) **Coenen**, Geschwulststatistik. — 27) **Ladenburger**, Operationen im Hause der Patienten. — 28) **Danielsen**, Stauungsbehandlung. — 29) **Evler**, Röntgenstrahlen gegen Karbunkel. — 30) **Schmidt**, 31) **Danielsen**, Novokain. — 32) **Roith**, Skopolamin-Morphin-Chloroformnarkose. — 33) **Hertzka**, Klammernaht nach Michel. — 34) **Heilbronner**, Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. — 35) **Noltenius**, Umschriebene Leptomeningitis. — 36) **Mermingas**, Jackson'sche Epilepsie. — 37) **Gorgas**, Resektion des dritten Trigeminusastes. — 38) **Trautmann**, 39) **Onodi**, 40) **Magnus**, 41) **Mieck**, Erkrankungen der Nase und der Nebenhöhlen. — 42) **Fein**, Leiomyom des Gaumens. — 43) **Helber**, Parotitis. — 44) **Kaatz**, 45) **Dowale**, Halsfisteln. — 46) **Browning** und **Tilney**, Spinale Blutung. — 47) **Dieulafé** und **Gilles**, Kyphose. — 48) **Ward**, Fibrosarkom im Wirbelsäulenkanal. — 49) **Hauswirth**, Halsrippe. — 50) **Ehrhardt**, Thymusexstirpation. — 51) **Murphy**, 52) **Zipkin**, Kropf. — 53) **Moure**, Kehlkopfkrebs. — 54) **Schiffers**, Intubation und Tracheotomie. — 55) **Terry**, Speiseröhrenresektion. — 56) **Mc Gregor** und **Workman**, Angeborene Halsgeschwulst. — 57) **Allan**, Chirurgisches Emphysem. — 58) **Halm**, Penetrierende Brustkorbverletzungen. — 59) **Marcus**, Traumatische Mitralinsuffizienz.

Über Jodbenzindesinfektion.

Von

Geh.-Rat Prof. Dr. **Heusner.**

(Mitteilungen aus den ärztlichen Fortbildungskursen zu Barmen.)

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihnen heute Mitteilung zu machen über ein neues Verfahren zur Haut- und Händedesinfektion, welches

ich seit etwa 1/2 Jahr in unserem Krankenhause benutze und welches mir erhebliche Vorteile vor der bisher angewandten Reinigungsmethode mit Heißwasser, Spiritus und Sublimat zu besitzen scheint. Ein Hauptnachteil der letzteren besteht darin, daß sie so umständlich und zeitraubend ist; auch halte ich es für wünschenswert, den Gebrauch des Wassers und der Seife als Reinigungsmittel ganz zu eliminieren aus Gründen, auf welche ich noch zu sprechen komme. Bedeutende Vorzüge scheint ja das neuerdings von Bense und Eicke hergestellte und von Benno Müller in Hamburg empfohlene Parisol zu besitzen; indessen dauert die Desinfektion der Hände dabei nach der Beschreibung ebenfalls gegen eine halbe Stunde.

Mikulicz' Seifenspiritus soll in 5 Minuten eine genügende Reinigung der Hände herbeiführen, ist aber nach Haegeler, Scheffer u. a. weniger wirksam als die getrennte Anwendung von Seife und Alkohol und entbehrt, da beide Mittel keine nennenswerten bakteriziden Eigenschaften besitzen, der Beihilfe eines stärkeren Antiseptikums, welche von den meisten Autoren für notwendig gehalten wird. Die Anwendung von Heißwasser und Seife, welche sich daran anlehnt, daß wir im täglichen Leben unsere Haut auf diese Weise reinigen, hat bei der Desinfektion den Nachteil, daß sie die Epidermiszellen erweicht und lockert und die Haut in einen Zustand versetzt, wodurch sowohl die Abgabe der in den tieferen Schichten sitzenden Bakterien als auch die Aufnahme von Infektionskeimen während der Operation begünstigt wird. Der nachträglich angewandte Alkohol vermindert zwar die erwähnten Nachteile, indem er der Haut einen Teil des Wassers wieder entzieht, hebt sie aber nicht gänzlich auf. Manche Autoren suchten den durch die Praxis unzweifelhaft festgestellten Nutzen des Alkohols in seiner fettlösenden Wirkung; indessen leistet derselbe in dieser Beziehung recht wenig und steht darin weit hinter anderen Mitteln zurück. Wirft man ein Klümpchen Butter oder Lanolin in Alkohol, so löst sich dasselbe, selbst nach mehreren Tagen, bei gewöhnlicher Temperatur nicht auf; bringt man gleichgroße Quantitäten in Äther, Chloroform oder Benzin, so verschwinden dieselben schon nach einer halben Stunde. Nach Fürbringer und Haegeler dient der Alkohol als Vermittler zwischen dem im Wasser gelösten Antiseptikum und der mit Fett durchtränkten Haut, und nach Braatz beruht seine Wirkung hauptsächlich darauf, daß er die Luft aus den Hautlücken vertreibt. Der Alkohol ist also eine Art notwendigen Korrelats für die Heißwasser-Seifendesinfektion und kann ebenfalls wegfallen, wenn sich für erstere ein Ersatzmittel findet.

Die menschliche Haut ist nach Kionka als eine mit Cholesterinfetten (Lanolin) durchtränkte und an ihrer äußeren Oberfläche mit Hauttalg überzogene Diffusionsmembran zu betrachten. Nur solche Substanzen können diffundieren (oder auch tiefer eindringen), welche sich mit den Fettsubstanzen mischen oder sie lösen, nicht aber in Wasser gelöste Salze. Will man also ein Desinfektionsmittel tiefer in die Haut zu den dort verborgenen Keimen hineindringen lassen, so

muß man es mit einem guten Fettlösungsmittel vereinigen. Ein solches ist auch schon aus dem Grunde notwendig, weil die stärksten bakteriziden Mittel den Keimen nichts anhaben können, wenn man letztere nicht zunächst der schützenden Fetthülle beraubt. Der Einwand Fürbringer's, daß mit dem verdunstenden Äther, Chloroform oder Benzin die Keime doch wieder an Ort und Stelle in dem ausgeschiedenen Fett eingebettet würden, hat keine Berechtigung, wenn wir gleichzeitig mit der Fettlösung ein kräftiges Desinfektionsmittel zur Anwendung bringen. Als eine zweckmäßige Kombination der Art bietet sich, meiner Erfahrung nach, eine Auflösung von Jod in Benzin dar.

Das Benzin ist bekanntlich ein aus Kohlenstoff und Wasserstoff zusammengesetztes Destillationsprodukt aus dem Petroleum, gleich dem Paraffin und der Vaseline, welches sich durch seine hohe fettlösende Kraft auszeichnet, und hat ja auch zum entfernen öliger Maschinenschmiere von der Haut, als billigerer Ersatz des Äthers, schon vielfach Anwendung gefunden. Als ausschließliches Waschmittel, namentlich der Hände, scheint es jedoch bisher noch nicht verwandt worden zu sein, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil es sich mit Wasser nicht mischt und sich daher mit der Heißwasser-Seifendesinfektion nicht wohl verträgt. Bürstet man die Hände, wie es bei uns geschieht, 5 Minuten lang in Jodbenzin, so machen sich anfangs leichte Reizungserscheinungen: Rötung, Prickeln, bei empfindlichen Personen sogar Neigung zu Ekzem bemerkbar. Nach zwei bis drei Wochen sind selbst die zartesten Hände hinreichend abgestumpft, und das Waschen in Benzin ist jetzt für das Gefühl erträglicher, als die lange Bearbeitung mit Heißwasser, Seife, Sublimat usw. Es stellt sich danach eine angenehme Empfindung von Kühlung, Trockenheit und Derbheit der Hautoberfläche ein; die Schweißsekretion wird entschieden vermindert. Taucht man eine mit Zwirnhandschuh überzogene Hand in Benzin, so entsteht ein starkes Kältegefühl. Die austrocknende Wirkung des Mittels ist so groß, daß die Oberfläche, namentlich an dem Vorderarm, oft wie mit Puder bestäubt erscheint, und ein Bedürfnis nach Fettersatz sich bemerkbar macht. Die Haut wird durch das Waschen in Jodbenzin in ähnlicher Weise gegerbt, wie durch Behandlung mit Spiritus, gleichzeitig aber für Wasser und Wundsekrete undurchdringlich, und hierin besteht meiner Meinung nach ein Hauptvorzug unseres Desinfektionsverfahrens.

Wegen seines starken Auflösungsvermögens gegenüber Fettsubstanzen und deren Zersetzungsprodukten ist Bezin ein ausgezeichnetes Desodorisierungsmittel.

Bezüglich der bakteriziden Wirkung steht es nicht viel höher als der Alkohol: Milzbrandkeime werden selbst bei tagelangem Verweilen in Benzin nicht getötet. Ruep und Chassevaut fanden, daß auch Bakterium coli, Diphtheriebazillen und andere Infektionskeime bei dem Kleiderreinigungsverfahren mittels Benzin nicht absterben. Sublimat, Lysol und Karbol lassen sich mit Benzin nicht vereinigen; dagegen

löst sich darin in ziemlicher Menge das Jod, welches als ausgezeichnetes bakterizides Mittel schon längst bekannt ist. Mikulicz empfahl, die Fingerspitzen und andere schwer zu desinfizierenden Hautstellen mit Jodtinktur zu bestreichen. Senn hat neuerdings in enthusiastischer Weise die Nützlichkeit der Jodtinktur bei eitrigen Gelenkentzündungen, Erysipelas, Lymphangitis, Kropf und Aktinomykose gepriesen. Er nennt das Jod das sicherste und kräftigste Antiseptikum, welches die Gewebe am wenigsten verletze und ließ durch Kinnaman Versuche ausführen, welche ergaben, daß Streptokokken und Staphylokokken in einer 2‰ haltigen wäßrigen Jodjodkalilösung in wenigen Minuten abgetötet werden. Allgemeine Anerkennung hat sich das Claudius'sche Jodcatgut verschafft, sowohl hinsichtlich seiner antiseptischen Eigenschaften als dadurch, daß es keinerlei Gewebsreizungen veranlaßt. Trotz seiner großen bakteriziden Kraft ist Jod bei weitem weniger giftig als z. B. Sublimat; die tödliche Dosis für den Menschen wird auf 3—4 g angegeben. Jod löst sich sehr wenig in Wasser, in ziemlicher Menge aber in fetten Ölen, Alkohol, Äther, Chloroform; ebenso in Benzin, Paraffinöl und Vaseline. Die alkoholische Lösung hat eine braune, die Bezinlösung eine violette Farbe, die aber, nach längeren Waschen verschmutzter Hände, ebenfalls einen Stich ins Bräunliche annimmt.

Bakterienversuche, die Herr Prosektor Dr. Markwald mit einer Auflösung von 2 Teilen Jod auf 1000 Benzin vornahm, haben zu ähnlichen Resultaten geführt, wie sie Kinnaman bezüglich seiner gleichstarken wäßrigen Jodjodkaliumlösung gefunden hat. Für den gewöhnlichen Gebrauch hat sich eine Lösung von 1 Jod zu 1000 Benzin als ausreichend erwiesen. In dieser Verdünnung reizt Jod die Haut nicht, während länger fortgesetzte Umschläge mit einer Jodparaffinlösung von 2 zu 1000 bei einer jungen Pat. nach einigen Stunden ähnliche Erscheinungen wie aufgepinselte Jodtinktur hervorrief. Durch das Waschen der Hände in 1‰iger Jodbenzinlösung tritt nur eine unbedeutende bräunliche Hautverfärbung ein, die sich nach kurzer Zeit von selbst wieder verliert. Dabei verflüchtigt sich mit dem Benzin ein entsprechender Teil des Jods, so daß keine Veränderung in der Färbung des Waschmittels stattfindet. Es ist bekannt, daß in Jodfabriken durch die Verdampfung großer Jodmengen Erkrankungen der Arbeiter durch Einatmen vorgekommen sind. Bei den geringen Quantitäten, welche für die Desinfektion verbraucht werden, besteht diese Gefahr nicht. Untersuchung des Urins der Beteiligten hat keine Jodreaktion ergeben.

Die praktische Ausführung der Desinfektion geschieht bei uns in der Weise, daß für jeden Beteiligten eine desinfizierte Porzellanschüssel mit je 200 g (ca. 300 ccm) Jodbenzin aufgestellt wird. Hiermit werden die Hände ohne vorhergehende Wasserbenetzung 5 Minuten lang gebürstet, während die Haut des Pat. meist nicht mit der Bürste, sondern mit Gazelappen bearbeitet wird. Nach vollendeter Waschung wird in einer frischen Schüssel mit Jodbenzin eine letzte Abspülung und Ab-

reibung mit Gazetupfern vorgenommen. Schließlich werden die Hände, wie auch die Haut des Pat. im Operationsgebiet, mit einer 2‰ jodhaltigen Vaseline eingerieben. Es sind jedoch noch einige Vorsichtsmaßregeln zu beachten. Wäscht man einen Patienten, der zu einer Bauchoperation vorbereitet werden soll, mit Benzin ab und nimmt dann die Narkose vor, so bilden sich leicht Brandblasen auf der Rückseite des Körpers, weil das hierhin zusammengeflossene Benzin nicht verdunsten kann und dann ähnliche Wirkungen hervorbringt, wie ein Zugpflaster. Man schützt die gefährdeten Stellen hiergegen, indem man sie vorher mit Vaseline einreibt. An zarten Hautstellen, wie in der Umgebung der Geschlechtsorgane, ruft schon die einmalige Einreibung mit Benzin oft starke Reizerscheinungen hervor, weshalb wir hier 50% Paraffinöl zusetzen, welches sich mit dem Benzin in jedem Verhältnisse mischt. Bei bestehendem Ekzem, Schrunden usw. empfiehlt es sich, die Haut durch vorherige Umschläge mit 1‰ Jodparaffin vorzubereiten, wodurch keine Reizung verursacht wird. Wohl zu beachten ist endlich, daß das Benzin, ähnlich dem Spiritus und Äther, sehr feuergefährlich ist, und daß man daher größere Mengen nicht in Glasflaschen, die leicht zerbrechen können, aufbewahren sollte. Wir benutzen aus diesem Grunde Blechkannen mit kleinen, gut verschließbaren Zu- und Abflußöffnungen, wie sie für Petroleum gebräuchlich sind, aus denen je 300 ccm Benzin mit Hilfe eines Meßgefäßes in die Waschschüsseln gegossen und nachträglich mit dem nötigen Jodzusatz versehen werden. Einfacher ist es, das Jod direkt in dem Aufbewahrungsgefäße aufzulösen; man muß dann jedoch Kannen aus Eisenblech, die inwendig mit Emaille überzogen sind, benutzen. Auch mit der Beseitigung der Benzinreste und Tupfer muß man sehr vorsichtig sein. Sie dürfen nicht in Abzüge oder in Feuerungen gegossen werden. Am besten vergräbt man sie oder läßt sie durch kundige Personen verbrennen.

Was nun die mit dem neuen Verfahren erreichten Resultate betrifft, so kämen zunächst die Probeimpfungen in Betracht. Ich habe seit Jahren vor allen größeren Operationen, Abimpfungen vornehmen lassen in der Weise, daß ein kleines Gazestückchen, zu einem erbsengroßen Klümpchen geballt, energisch über die gefährdetsten Stellen der Hände, namentlich die Nagelfalze, hin und her gerieben und dann in Bouillon mit Gelatine gebracht wurde; also ein ähnliches Verfahren wie Haegeler's Zwirnsfadenimpfung.

Nach einer Zusammenstellung des Herrn Dr. Markwald ergab sich bei der alten Desinfektionsmethode bei 100 Untersuchungen 52 mal völliges Fehlen von Keimen, 48 mal fanden sich ein oder mehr Keime (die sog. Luft- und Wasserbakterien mit eingeschlossen). Bei dem neuen Verfahren stellten sich die entsprechenden Zahlen auf 77 gegen 23. Dabei war die Anzahl der gefundenen Keime durchgehends weit geringer. Verschiedentlich wurden Stückchen von Tupfern, die zur Händereinigung benutzt waren, verimpft und ohne Ausnahme steril befunden.

Ebenso günstig sind unsere Erfahrungen mit der Wundheilung, wobei das Urteil sich allerdings mehr auf den subjektiven Eindruck stützt. Bei den empfindlichsten Objekten, insbesondere den Bauch-, Sehnen- und Gelenkoperationen, waren unsere Resultate mindestens so gut wie bei der Heißwasser-Alkohol-Sublimatdesinfektion; die Anzahl der Stichkanaleiterungen hat erheblich abgenommen. Ich habe früher Zwirnhandschuhe bei den Operationen benutzt, dieses schwache Schutzmittel seit Einführung der neuen Methode aber weggelassen. Von Zeit zu Zeit werden die Hände in der Jodbenzinlösung nochmals mit Gazetupfer abgewaschen, wobei die Blutgerinnsel, welche durch das Benzin in ähnlicher Weise verschrumpfen wie durch Spiritus, vorher trocken abgewischt werden. Die Wunden werden durch die Berührung mit den an den Händen haftenden Benzinresten nicht geschädigt. Dieselbe Beobachtung macht man bei der Reinigung des Wundgebietes nach vollendeter Operation, die ebenfalls nicht mit Wasser, sondern mit Benzin vorgenommen wird, und wobei wir ohne Scheu mit dem Jodbenzintupfer über die geschlossenen Wundspalten hinfahren.

Alles in allem habe ich von unserem neuen Desinfektionsverfahren einen sehr günstigen Eindruck, nicht bloß bezüglich der Erfolge, sondern ganz besonders auch wegen der großen Zeitersparnis, Vereinfachung und Verbilligung der Methode, und werde gelegentlich weiter darüber berichten.

---

1) **H. Eichhorst.** Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. 6. Aufl. II. Bd.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1905.

Der vorliegende zweite Band des beliebten Werkes dürfte gerade für den Chirurgen der interessanteste sein, da er allenthalben Kapitel der »Grenzgebiete« enthält, die Krankheiten von Mund, Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Pankreas und Bauchfell, ferner die des Harn- und Geschlechtsapparates, im ganzen auf 975 Seiten gegen 784 Seiten der fünften Auflage. Mit Befriedigung wird der Chirurg überall seinen Standpunkt genügend berücksichtigt finden, und es ist erfreulich, daß in einem unter Ärzten und Studierenden so weit verbreiteten Werke über innere Medizin die Bedeutung chirurgischen Eingreifens richtig beleuchtet wird.

Nicht ganz beistimmen wird man E., wenn er sagt, daß Durchleuchtungen des Magens mit Röntgenstrahlen noch keine brauchbaren Resultate geliefert haben (p. 237).

Bemerkt mag auch noch werden, daß E. für die Diagnose des Magenkrebses als besonders wichtiges Merkmal das häufige Vorkommen von mikroskopisch nachweisbaren Blutfarbstoffmengen im Erbrochenen betont.

Das hervorragende Werk dürfte auch in Chirurgenkreisen weiter sich viele Freunde erwerben. **E. Moser** (Zittau).

---

2) **W. W. Keen.** Addresses and other papers. 441 S.
Philadelphia and London, **Saunders & Co.,** 1905.

Das Buch ist zum kleinen Teil eine Wiedergabe von in Zeitschriften zerstreuten Artikeln des Verf.s, andererseits eine Zusammenstellung von Vorträgen aus der Geschichte der Anatomie und Chirurgie, veranschaulicht in meisterhaft objektiv-kritischer Form die Fortschritte der modernen Chirurgie und zeigt dem Leser etwas von der gewaltigen persönlichen chirurgischen Erfahrung des Verf.s. — Das Buch, in erster Linie für die Schüler und Freunde des Verf. bestimmt, wird jedem Leser sehr viel Anregendes bieten; mich haben besonders die ethisch-ärztlichen Betrachtungen interessiert. **Heile** (Wiesbaden).

3) **Clowes and Baeslack.** Further evidence of immunity against cancer in mice after spontaneous recovery.
(Med. news 1905. November 18.)

Die zeitgemäße Untersuchung aus dem Gebiete der Krebsforschung gelangt zu nachstehenden Resultaten:

Es gilt als erwiesen, daß Mäuse, welche von Krebserkrankungen genesen sind, gegen weitere Einimpfungen eine aktive Immunität besitzen.

Die Impfung mit Krebsbestandteilen, welche vorher mit dem Serum vom Krebs genesener Tiere untermischt sind, hat einen kleineren Prozentsatz von erkrankten Tieren und eine geringere Sterblichkeit zur Folge, wie die Impfung mit solchem Gewebe, das mit normalem Serum behandelt ist. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

4) **W. Ewart.** Interrupted circulation as a therapeutic agent.
(Lancet 1905. Januar 27.)

Verf. wendet die Blutzirkulationsunterbrechungen besonders bei subakuten und chronischen Gelenkaffektionen und rheumatischen Leiden mit bestem Erfolg an. Die absolute Abschnürung des Gliedes wechselt von 30 Sekunden bis 3—5 Minuten; sodann wurde eine plötzliche Blutzufuhr 1—2 Minuten wieder hergestellt. In einer Sitzung geschah dieses drei- höchstens sechsmal. Verf. teilt Fälle von vorzüglichem Erfolge dieser seiner Methode mit, sucht auch die Tatsachen mit theoretischen Erwägungen zu motivieren. Er schließt mit der Aufforderung, die Methode nachzuprüfen, und glaubt dieselbe für wirksam erklären zu können, um die Schwellung und die Schmerzhaftigkeit zu beseitigen, welche ein intraartikulärer Synovialerguß oder ein periartikulärer Lympherguß mit sich bringen. Die unmittelbare Erleichterung in Fällen von akuter Arthritis, sei sie rheumatisch oder gonorrhoisch, und in Fällen von Verstauchung, wobei die Methode versucht wurde, ist nach Verf. gleichfalls glänzend. — Fälle von ganz chronischer Gelenkverdickung und Fixation allein konnten zu einer definitiven Heilung mit dieser Methode nicht gebracht werden.
H. Ebbinghaus (Dortmund).

5) **E. Graser** (Erlangen). Über Wundbehandlung und Wundverband.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

G. verwendet bei Operationen zumeist nicht zu dünne Gummihandschuhe, mit denen, wenn sie gut passen, er genau so zu fühlen und zu operieren vermag, wie ohne dieselben. Zum Festhalten von glatten Eingeweiden läßt er den Assistenten über die Gummi- Trikothandschuhe ziehen; auch die die Fäden und Instrumente reichende Schwester trägt Gummihandschuhe. Diese werden nach der Operation innen und außen ausgiebig mit Seife gewaschen, in Sodalösung 10 Minuten lang ausgekocht, trocken aufbewahrt, beim Anziehen mit Flüssigkeit (Hydrarg. oxycyan. 1 : 2000) gefüllt und mit der Bürste über die Finger gestreift. — Zum Unterbinden der Gefäße kommen dünnes Jodcatgut (Jodlösung der Firma C. Billmann-Mannheim), für versenkte Seidennähte Sublimat- und Jodseide, zur Drainage Glasdrains zur Verwendung. Alle Wunden, die durch Naht völlig verschlossen werden können, werden ohne Bedenken der Luft ausgesetzt und — zum Schutz gegen Berührung — mit einem Gazeschleier bedeckt, dessen Ränder mit Kollodium, Zinkleim oder Heftpflaster befestigt werden, während das Wundgebiet selbst von diesen Klebstoffen freibleibt; das zwischen den Wundspalten austretende Blut soll austrocknen, die trockene Blutkruste einen vollständigen Abschluß der Wunde schaffen. G. hat damit sehr günstige Resultate erzielt. Nur nach Operationen von Kröpfen, wie überhaupt am Halse wird ein immobilisierender Kompressivverband angelegt. — Bei Amputationen wird für 1—2 Tage ein Glasdrain hinter der Nahtlinie ein- und mit seinem freien Ende durch einen Schlitz des Gazeschleiers hindurchgesteckt; auf der Stelle, wo die Drainage aus der Lücke hervorragt, wird ein Ballen von Holzwolle oder ähnliches mit einigen Bindetouren befestigt, während die Nahtstelle selbst freibleibt. Zum Schutz gegen Berührungen wird ein breiter Bügel aus Schusterspan übergespannt, das nächste Gelenk durch ein handbreit oberhalb der Wunde aufhörenden Gipsverband immobilisiert. In ähnlicher Weise verfährt G. auch bei Osteotomien, Gelenkresektionen. **Kramer** (Glogau).

---

6) **M. Takayama.** Beiträge zur Toxikologie und gerichtlichen Medizin. 186 S. mit 4 farb. Taf. nebst einem Vorwort von Prof. Dr. Kobert.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.

T. untersucht zunächst die Veränderungen, welche die roten Blutkörperchen durch Jodate und freies Jod erfahren, sowie die Wirkung von jodsauren Salzen und Jod auf lebende Tiere bei subkutaner Einspritzung. Von den Ergebnissen dieser Untersuchung sei erwähnt, daß sich im Blute durch Jodate und Jod außerhalb des Organismus mit oder ohne vorherige Hämolyse Methämoglobin bildet und ein zinnoberroter Niederschlag entsteht, der nach Auflösen in Alkali ein bestimmtes

spektrales Verhalten zeigt und als ein besonderer Farbstoff »Kathämoglobin« betrachtet wird. Dieselben Eigenschaften hat auch das Jodoform, wenn man es mit Blut mischt und das Gemisch eine Zeitlang in der Wärme stehen läßt; viel schwächer wirken Jodanisol, sehr stark Jodphenol. Jodoform wirkt nur methämoglobinbildend. — Weiter untersuchte T. die Wirkung des Isoform auf lebende Tiere. Bei subkutaner Einspritzung erwies sich das Isoform im wesentlichen als ungiftig. In der nächsten Umgebung der Injektionsstelle beobachtete T. neben Ödem Thrombosierung der Gefäße. Bei intraabdomineller Einspritzung wirkte das Isoform auf Kaninchen (0,225—0,238 g pro Kilogramm), Katze (0,119 und 0,183 g pro Kilogramm) und Hunden (0,239 g pro Kilogramm p-Jodoanisol) bei zweimaliger Injektion tödlich. Bei Hunden entstand eine hämorrhagische Peritonitis. Bei intravenöser Injektion verliefen die Versuche am Kaninchen tödlich. — Bei der Fütterung von 4,3 g p-Jodoanisol (NB. 8,6 g Isoform) pro Kilogramm konnten bei einem kleinen Kaninchen keine besonderen Veränderungen in seinem Verhalten beobachtet werden. Die Organe, im besonderen auch der Darm, erwiesen sich als im wesentlichen unversehrt, nur fanden sich im Lymphraume der Zotten, sowie in den Mesenterialdrüsen große Mengen dunkelbrauner Körnchen, die Eisenreaktion gaben.

Die für den Chirurgen wichtigste dieser Beobachtungen ist, daß das Isoform bei Injektion in die Bauchhöhle tödlich werden kann. Bei den Angaben von Kobert-Takayama sind aber die Größen der verwendeten Dosen zu beachten. 0,25 g Jodoanisol = 0,5 Isoform pro Kilogramm entsprächen bei einem Menschen von 70 Kilogramm 35 g Isoform. Diese Kleinheit der letalen Dosis (!) steht, so sagen Kobert und T., »im schroffsten Gegensatz zu den Vorstellungen, welche der Prospekt der Höchster Farbwerke bei jedermann hervorrufen muß«. Dieser Prospekt sagt, daß »Isoform nach allen bisherigen Beobachtungen sowohl bei äußerlicher Verwendung, wie bei Einnehmen durch den Mund in Dosen von täglich 0,5—2,0 g und mehr ungiftig ist.« Diese Angabe ist voll und ganz aufrecht zu erhalten; denn sie bezieht sich auf die Art, wie das Isoform in der Praxis angewendet wird. Da hierüber allerdings selbst unter den Praktikern noch keine volle Klarheit zu herrschen scheint, werde ich demnächst an anderer Stelle die Indikationen für die Anwendung des Isoform noch einmal genauer feststellen. Kobert-Takayama will ich schon hier zugeben, daß es nicht zweckmäßig ist, Isoform in größeren Mengen mit dem gesunden Bauchfell in Berührung zu bringen. Die von mir übrigens früher scharf hervorgehobene ätzende Wirkung des Isoform begrenzte von vornherein seine Anwendung in der Bauchhöhle.

In ähnlicher Weise wie das Isoform prüfte T. das neuerdings in den Handel gebrachte Jodpräparat »Jothion.« Es wirkt bei derartiger Mischung mit Blut ähnlich wie die Jodate, das Jod und das Jodoanisol; wegen seiner Giftigkeit empfiehlt T. Vorsicht bei seiner Anwendung.

Weitere Untersuchungen beziehen sich auf die Frage, warum mit Formalin konservierte Leichenorgane beim Einlegen in Alkohol rot werden, auf die Eigenschaften des Blutfarbstoffes und seiner Zersetzungsprodukte, sowie auf die Florenca'schen Kristalle.

Heile (Wiesbaden).

---

7) **R. Weissmann.** Über Collargol (Credé).

(Therapeutische Monatshefte 1905. Nr. 8.)

Verf. sieht im Collargol ein vielseitig verwendbares Mittel und bezeichnet es als Spezifikum gegen Sepsis. Auch in der einfachen Wundbehandlung soll das Collargol eine ausgedehnte Verwendbarkeit finden. W. preißt es als ausgezeichnetes Prophylaktikum bei schweren Verletzungen und größeren operativen Eingriffen jeder Art. Für den Erfolg wichtig ist, daß die Darreichung in geeigneter Form rechtzeitig geschieht.

Über eigene und in der Literatur beschriebene Erfahrungen wird eingehend berichtet, auch die Darreichungsarten des Collargols werden besprochen.

Silberberg (Breslau).

---

8) **A. Ritterhaus.** Erfahrungen über intravenöse Collargolinjektionen beim Erysipel.

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 11.)

An der Hand einer Reihe von Krankengeschichten weist Verf. nach, daß die Collargolbehandlung der Erysipele und Pyämien keine sichere Therapie darstelle, wenn auch ein gewisser Einfluß des Mittels auf Temperatur, Allgemeinbefinden und lokale Erkrankung unverkennbar sei. Verf. betont ausdrücklich, daß es bis jetzt ein Spezifikum gegen die erysipelatöse Erkrankung nicht gibt.

Silberberg (Breslau).

---

9) **W. Keppler.** Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 45—47.)

In der Bier'schen Klinik sind in den letzten 2 Jahren auch die Entzündungen und Eiterungen am Kopf und Gesicht fast sämtlich mit Stauungshyperämie, zu welcher meist ein einfaches Baumwollgummiband von 2—3 cm Breite zur Anwendung kam, behandelt werden. Das Band blieb durchschnittlich 20—22 Stunden pro Tag am Halse liegen, wurde nur bei zu stark auftretendem Ödem vorübergehend für 1 Stunde beseitigt, aber bei bemerkbarer Besserung des Leidens allmählich kürzere Zeit, zuletzt noch 10—12 Stunden am Tage liegen gelassen, auch dann, wenn die entzündlichen Erscheinungen bereits abgeklungen waren. Der Einfluß der Stauung auf die Schmerzen, auf die Eiterung war derselbe, wie an den Gliedmaßen; die Schmerzen hörten bald auf, beginnende Eiterungen kamen nach nur geringfügigen

Eingriffen zum Stillstand bzw. zur Resorption, heiße Abszesse wurden in kalte, das eitrige Sekret oft rasch in ein seröses umgewandelt, das Allgemeinbefinden gebessert. K. berichtet des näheren, wie bereits in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. L, über die Technik und Resultate der Behandlung mit Stauungshyperämie bei eitrigen Mittelohrerkrankungen. Von den 22 Fällen wurden die 12 von akuter Mastoiditis sämtlich meist nach kleinen Einschnitten ohne Nekrose rasch geheilt, während in den übrigen chronischen Fällen die Erfolge nicht ermutigende waren. Bemerkenswert ist das in einem Falle von beginnender otogener eitriger Leptomeningitis erzielte glänzende Resultat; auch auf die in Fällen von sekundärer Parotitis, akuter Dakryocystitis, Erysipel (mittlere Heilungsdauer 4,9 Tage), infizierten Wunden, Eiterungen im Bereiche des Ober- und Unterkiefers erreichten günstigen Erfolge sei hingewiesen. **Kramer** (Glogau).

---

10) **H. Cushing.** The establishment of cerebral hernia as a decompressive measure for inaccessible brain tumors; with the description of intermuscular methods of making the bone defect in temporal and occipital regions.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. Nr. 4.)

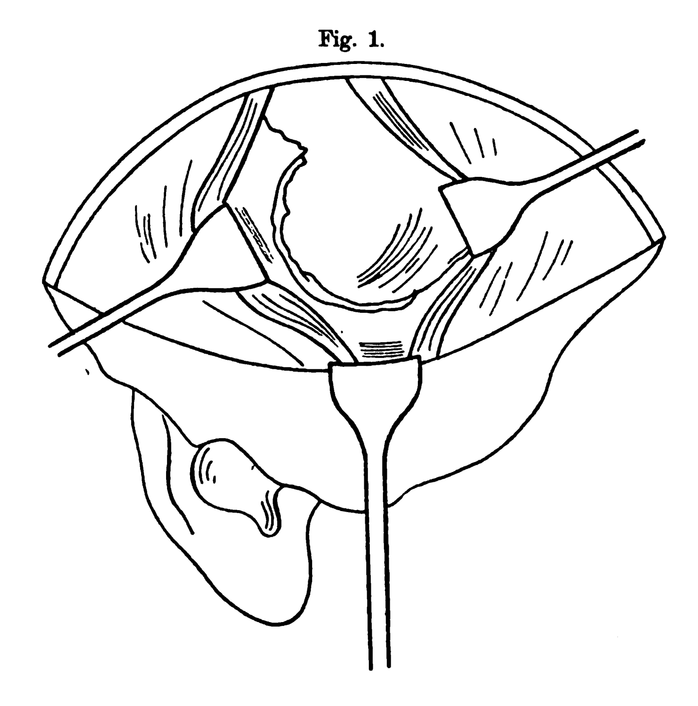
Verf. betont, daß eine unangreifbare Lage von Gehirngeschwülsten oder das Unvermögen, diese auch nur annähernd zu lokalisieren, keine Schranken »für mildernde« (palliative) Maßnahmen bietet. Die Symptome, die dazu Veranlassung gaben, faßt er zusammen in Kopfschmerzen, Erbrechen und Neuritis optica. Lange bevor ernstere Symptome vorlagen, sah Verf. stets Sehnervenatrophie (resp. Stauungspapille usw.). Das Einwachsen der Geschwulst führt zur Behinderung des Ausflusses der Ventrikel, stört dadurch die normale Venenzirkulation und macht so Neuritis optica, die Verf. in mehreren Fällen nach rein palliativen, druckentlastenden Operationen in wenigen Stunden zurückgehen sah. Die Kopfschmerzen gehen nach dem Verf. durch Zug von der Dura aus, von den Fasern des Nervus trigeminus, die auf Dura, Falx und Tentorium übergehen.

Das Gehirn, Pia und Arachnoidea sind asensibel, ähnlich wie in der Bauchhöhle nur das parietale Blatt sensibel ist. — Verf. stützt diese Ansicht auf seine Erfahrung nach Exstirpation des Ganglion Gasseri. — Verf. beobachtete eine Frau mit zunehmendem Erbrechen, Kopfschmerzen und Neuritis optica seit 6 Jahren. Es entwickelte sich spontan eine pulsierende Geschwulst der rechten Schläfengegend, und die Gehirndruckerscheinungen ließen 4 Jahre nach. Bei der Autopsie zeigte sich eine tennisballgroße Geschwulst, ausgehend von den Meningen, die das Schläfenbein 5 cm breit perforiert hatte. Bei einem anderen Falle sprengte eine Rindengeschwulst unter der Beobachtung allmählich eine Schädelnaht um $^1/_2$—1 cm breit. Das Auseinandergehen der Naht war klinisch diagnostiziert worden aus einem hohlen

*

Perkussionston (»hollow case«), und hatte vollständige Besserung im Gefolge. — Verf. hatte bei zwei Fällen sehr ungünstige Resultate mit der palliativen druckentlastenden Operation, da gewaltig große Gehirnhernien zu sekundärem Hydrocephalus mit Knickung usw. allmählich zum Tode führten. Verf. rät deshalb als Ort der Wahl für palliative Operation die rechte Schläfengegend, weil bei Rechtshändigen im schlimmsten Falle nur die linke Körperhälfte betroffen wird, im Notfall aber auch beide Schläfengegenden. Die spätere Deckung durch den Muskel verhindert das Entstehen zu großer Hernien. Nach oben konvexer Einschnitt ca. 1 cm unterhalb des Ansatzes des rechten Musc. temporalis (s. Fig. 1), eine ca. 6 cm hohe und 8 cm breite Öffnung. Das vordere Ende des Schnittes reicht bis zur vorderen Haargrenze, die hintere Ecke liegt tiefer als die vordere. Schädelhaut und

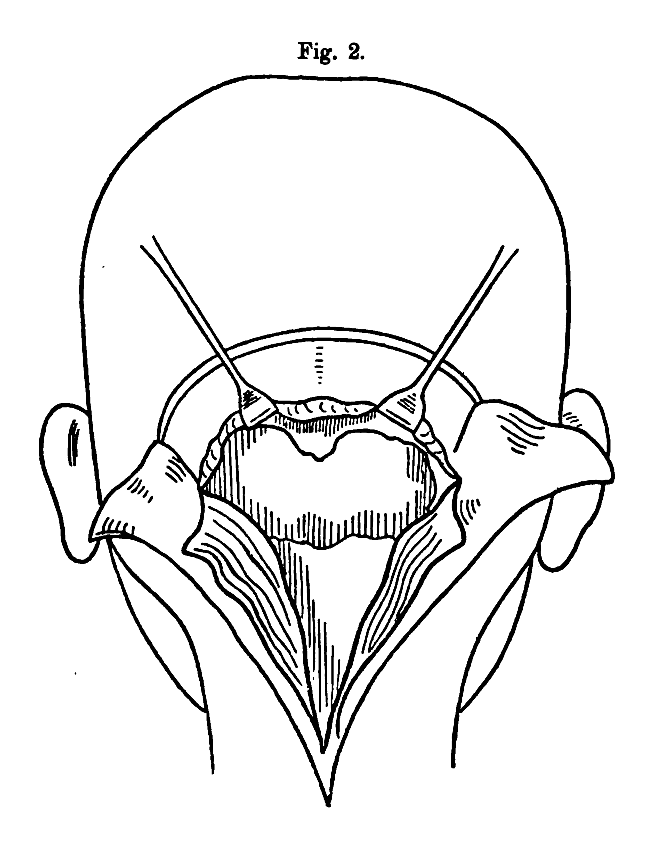
Fig. 1.



Aponeurose werden quer gespalten und nach oben geklappt; die Fascie wird mit den stumpf durchtrennten Muskelbündeln längs auseinander gezogen und der vorliegende Knochen entfernt. Der Knochen war in allen Fällen abnorm gefäßreich infolge des erhöhten intrakraniellen Druckes. Verf. benutzt zur Blutstillung Wachs. Außerdem muß man acht geben auf den Ast der A. meningea media und auf das stark vordrängende Gehirn. Bei doppelseitigem operativem Defekt wird rechts die vorliegende Dura vollständig weggeschnitten, links nur längs gespalten. Verschluß durch Einzelseidennähte in Etagen. — Verf. hat diese Methode, außer als palliative zur Druckentlastung in 15 Fällen von

nicht erreichbaren Gehirngeschwülsten, benutzt zur subduralen Drainage bei Blutungen und Eiterungen wie zur Drainage von Temporalabszessen. Sollte unerwartet sich doch eine größere Hernie bilden, so können bei dieser Methode im schlimmsten Falle nur die Zentren für Zunge, Kinn und untere Gesichtshälfte gelähmt werden. — Bei Verdacht auf Kleinhirngeschwulst hat Verf. in drei Fällen einen »Kreuzbogenschnitt« benutzt (Fig. 2), den er event. auch für palliative Operationen empfiehlt. Nach oben konvexer Schnitt gerade über dem Nackenmuskelansatz, darauf senkrechter Schnitt bis zu den Dornfortsätzen der oberen Halswirbel, Zurückklappen der Hautmuskellappen, Durchtrennen des Lig. Nuchae, Abschieben des Periosts, ganz be-

Fig. 2.



sonders vorsichtiges Aufmeißeln des Knochens mit Rücksicht auf die stark gefüllten, hier mündenden Venen. Verf. komprimiert die Dura mit Baumwolltampons, die die Blutgerinnung befördern sollen. Soll der Knochendefekt besonders groß sein, so müssen beide occipitale Sinus unterbunden werden, auf beiden Seiten, event. nimmt Verf. auch den hinteren Rand vom Foramen magnum fort. — Verf. schließt sämtliche Wunden etagenweise und vollständig, nur im Notfalle drainiert er 48 Stunden lang mit einem Streifen Protektive. Der kritischen,

durch genaue Krankengeschichten vervollständigten Arbeit sind gute Photographien beigegeben, die ebenfalls für die Methoden des Verf.s sprechen.

Heile (Wiesbaden).

---

11) **W. Kümmel.** Über infektiöse Labyrintherkrankungen.

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. LV.)

Der mannigfaltige Verlauf der Labyrintherkrankungen, bald schleichend bis zu stürmischen Enderscheinungen, bald etappenweise, bald Symptome durch Druck auf die Fenster ohne eigentliche Beteiligung des Labyrinths erschwert die Diagnose ungemein; dazu kommt die Schwierigkeit und die oft infolge des Befindes des Pat. bedingte Unmöglichkeit einer genauen Untersuchung der statischen Funktionen. Um so erfreulicher sind die Erfolge, über die K. in den vorliegenden acht Fällen verfügt. Die Übersichtlichkeit, welche die Radikaloperation schafft, ermöglichte eine Freilegung bzw. breitere Eröffnung von Bogengängen oder Vestibulum, sowie eine genaue Überwachung der Sequestrierung und die Entfernung der nekrotischen Knochenteile. Hier zeigen sich so recht eklatant die wohltätigen Folgen einer zielbewußten Otochirurgie. Verf. hat unermüdlich, soweit es anging, eine Untersuchung der statischen und dynamischen Muskeltätigkeit des Nystagmus, des galvanischen Schwindels usw. vorgenommen, und wenn auch die Resultate vorläufig noch ein unentwirrbares Chaos darstellen, so wird es doch durch gemeinsame Arbeit und kritische Sichtung eines größeren Materiales dermaleinst gelingen, eine systematische Diagnose für die einzelnen Abschnitte des Labyrinthes aufzubauen und so die Labyrinthchirurgie auf eine wohlbegründete Basis zu stellen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

12) **M. André.** Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales.

Thèse de Paris 1905.

Die interessanten Untersuchungen des Verf. beruhen auf zahlreichen Präparationen, die er an injizierten Teilen vorgenommen hat. Die verschiedenen Einzelheiten können in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben werden, doch sei folgendes, in praktischer Beziehung wichtiges, kurz erwähnt.

Die Lymphgefäße der äußeren Nase bilden ein weitmaschiges Netz, welches sich in mehrere Sammelgefäße ergießt, um dann zu den betreffenden Lymphdrüsen zu gelangen. Dieselben liegen für die Gegend der Nasenwurzel in der Präaurikulargegend, für die anderen am Unterkiefer und an den großen Gefäßen unter dem Kopfnicker.

Zahlreiche Lymphwege weisen die inneren Nasengänge auf; und zwar bildet die Vereinigung derselben zwei Sammelgruppen: eine vordere, welche in das Unterhautzellgewebe gelangt, sich mit den Lymphgefäßen der äußeren Hautdecken vereinigt und, in Begleitung der Gesichtsvene, zu den Unterkieferdrüsen gelangt, und eine hintere

Sammelgruppe, deren Lymphgefäße die Tubenmündung umgehen, um dann teilweise sich in retropharyngenale, in der Höhe des ersten Halswirbels gelegene Lymphdrüsen zu ergießen, teilweise zu tiefgelegenen, in der Nähe des großen Zungenbeinhornes und der Carotis befindlichen Drüsen zu gelangen.

Von praktischer Wichtigkeit ist es zu wissen, daß Nasenaffektionen, namentlich solche der oberen Gänge, Lymphdrüsen in Mitleidenschaft ziehen können, die, an der Schädelbasis gelegen, schwer zugänglich sind, und deren Erkrankung in den meisten Fällen nicht beachtet wird.

E. Toff (Braila).

---

13) **A. Honneth** (Bonn). Über den Wert des »Sondermann'schen Saugapparates zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

Der Apparat (s. Referat in d. Bl. 1905 p. 312) leistete H. in diagnostischer Hinsicht Vortreffliches; bei manifesten Empyemen der Nasennebenhöhle ermöglichte er eine exakte allgemeine und speziell topische Diagnose, in unsicheren Fällen brachte er volle Klarheit: Wo der Sauger keinen Eiter hervorlockte, befand sich auch kein Eiter in der Nebenhöhle! Er ist ein handliches Instrument, das, ohne Schmerzerzeugung angewandt, in einer Sitzung das diagnostisch erreichen läßt, was sonst mehrtägige Beobachtung erforderte; zurzeit genügt er allerdings noch nicht den Ansprüchen der Asepsis. — Weniger sicher ist sein therapeutischer Wert, besonders bei chronischen Eiterungen; die Reinigung einer Nebenhöhle bleibt unvollkommen, wo käsige Massen, Polype, Schleimhautwülste bestehen. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Gaudier.** Traitement des déviations de la cloison nasale. Résection sous-muqueuse du cartilage par la voie sous-labiale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 40.)

Verf. führt die Operation in Chloroformnarkose am hängenden Kopfe aus und führt den Schnitt reichlich 2 cm lang in der Übergangsfalte aus. Nach vorangegangener hinterer Tamponade und Einführung von Wattebäuschen in die Nasenhöhlen bietet die Eröffnung derselben besonders unter Zuhilfenahme von Nebennierenextrakt keine Schwierigkeiten. Bedenklich wegen der Gefahr der Entstellung erscheint nur, daß Verf. nach Ablösung der Schleimhaut den ganzen Knorpel entfernt. Am Schluß wird ein Drain in jede Nasenhöhle gelegt und die Wunde durch die Naht geschlossen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

15) **E. Fletscher-Ingals.** Drainage intranasal du sinus frontal.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 42.)

Um eine Operation von außen und die Gefahr der Verengerung des Ductus nasofrontalis zu vermeiden hat Verf. das in Rede stehende Verfahren eingerichtet. Er benutzt eine biegsame, durch eine schützende Hülle eingeführte Fraise, elektromotorisch getrieben, zur Erweiterung und vollführt die weiteren Maßnahmen, wie Curettement, Ätzung usw., durch den so erweiterten Kanal. Am Ende legt er ein Röhrchen ein, das mehrere Monate liegen bleibt, und durch das Pat. die Stirnhöhle ausspülen kann. Die Heilung erfolgte nach 9—11 Monaten. Ref. glaubt, daß Verf. mit diesem Verfahren bei den Kollegen nicht viel Gegenliebe finden wird. Die Anomalien durch Ektasien von Siebbeinzellen (Bulla frontalis usw.) in dieser Gegend sind so häufig, daß ein solches Umhertappen im Dunkeln große Gefahren mit sich bringt; diese Bedenken waren es auch, die seinerzeit den von anderer Seite gemachten Vorschlag, unter der Kontrolle des Röntgenschirmes vorzugehen, bald von der Bildfläche verschwinden ließen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

16) **Tilley.** The symptoms, diagnosis and treatment of chronic suppuration in the sphenoidal sinus.

(Brit. med. journ. 1905. November 4.)

Heutzutage ist die Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung nicht schwieriger als die der übrigen Nebenhöhlen. Die Entfernung des Einganges zur Keilbeinhöhle von der Verbindung des Nasenseptums mit der Oberlippe beträgt beim Manne durchschnittlich 8,2 cm, beim Weibe 7,6 cm. Man erreicht sie am besten auf dem von Zuckerkandl angegebenen Wege mit gerader Sonde. Die mit sehr dünner Schleimhaut ausgekleidete Höhlenwand gibt für das Sondengefühl zuweilen die irrtümliche Vorstellung von rauhem Knochen. Bei Besprechung der Diagnose und Symptomatik betont T. das Vorhandensein eines oft pulsierenden Eitertropfens am Ostium der Höhle, das Ausfließen von Eiter beim Öffnen des Ostiums mit einer Zange und besonders den Eiterfluß nach kurz dauernder Tamponade des Einganges. Für die Behandlung empfiehlt T., sich nicht zu lange mit Spülungen aufzuhalten, sondern bald die von Hajek eingeführte Operation vorzunehmen, die Verf. in acht Fällen mit sehr gutem Erfolg ausgeübt hat. Nach Entfernung der mittleren Muschel in Narkose wird mit einem kleinen kräftigen Haken an langem Stiel die vordere Wand der Keilbeinhöhle vom Ostium aus eingebrochen und entfernt; in ähnlicher Weise werden die hinteren Siebbeinzellen beseitigt. Bei Herstellung eines freien Sekretabflusses ist Ausschabung überflüssig. Die Schwierigkeit der Nachbehandlung besteht im Offenhalten der gesetzten Öffnung. Sorgfältige, täglich wiederholte Tamponade ist anfangs dringend nötig. **Weber** (Dresden).

---

17) **H. Kaposi** und **G. Port.** Chirurgie der Mundhöhle. Leitfaden für Mediziner und Studierende der Zahnheilkunde. Mit 111 Abbildungen im Text.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1906.

Der Zweck dieses Leitfadens ist ein doppelter. Einmal soll er die chirurgischen Krankheiten des Mundes mit besonderer Berücksichtigung der Zahn- und Kieferkrankheiten speziell für die Bedürfnisse der Studierenden der Zahnheilkunde behandeln, andererseits aber soll auch der Mediziner und der chirurgische Praktiker das vielfache Ineinandergreifen der Mund- und Zahnerkrankungen daraus erkennen und in einschlägigen Fällen sich beraten lassen. Es wird daher auf eine einfache und anschauliche Darstellung der Obturatoren und Prothesen der Kieferresektionen, sowie auf die Kieferfrakturbehandlung mit den Mitteln der Zahnheilkunde besonderes Gewicht gelegt. Für den Chirurgen sind daher die interessantesten Kapitel des Werkes diejenigen, in denen die neuesten Errungenschaften der zahnärztlichen Technik in der Behandlung der Gaumenspalten, sowie in der Nachbehandlung von Unterkieferresektionen mit Hilfe von Resektionsverbänden und Immediatprothesen dargestellt werden. Diese Kapitel, sowie das über die Behandlung der Unterkieferbrüche sind vortrefflich geschrieben und mit zahlreichen glücklich gewählten Illustrationen versehen. Der eigentliche chirurgische Teil ist entsprechend den Bedürfnissen des Studierenden der Zahnheilkunde möglichst elementar gehalten und dürfte dem chirurgischen Praktiker nichts Neues bringen. In dem Abschnitt über Lymphdrüsenerkrankungen am Halse würde in späteren Auflagen der durch zahlreiche neuere Arbeiten widerlegte Irrtum zu berichtigen sein, daß, wie Verf. angibt (p. 161), auch die Zahnkaries und die Pulpitis zu Lymphadenitis führen. Richtig ist, daß Lymphdrüsenschwellungen nur bei hinzugetretener Periodontitis, nicht bei einfacher Karies und bei Pulpitis beobachtet werden. Beim Kapitel Stomatitis vermißt Ref. die Erwähnung des für die Behandlung aller Stomatitiden wertvollsten Spülmittels, des Wasserstoffsuperoxyds. Druck und Ausstattung des Werkes sind gut. Dasselbe kann Studierenden und Ärzten durchaus empfohlen werden.

Boennecken (Prag).

---

18) **D. D. Niculescu.** Krankheitserscheinungen bedingt durch das Hervorbrechen der Weisheitszähne.

(Spitalul 1905. Nr. 22.)

N. schließt sich vollständig der von Cornudet und Redier vertretenen Ansicht an, der zufolge alle Zufälle, welche durch das Hervorbrechen der Weisheitszähne bewirkt werden, auf lokalen Infektionen beruhen. Die fibromuköse Hülle des Kiefers wird durch den vordrängenden Zahn zum Teil vom Knochen abgelöst, und sobald das Zahnfleisch durchbohrt ist, können Mikroorganismen aus dem Munde in diese Höhle gelangen und infektiöse Erscheinungen hervorrufen.

Es kann zur Bildung von verschiedenen Entzündungen und Geschwüren des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut, der Mandeln, der Wange und selbst zur Perforation derselben kommen, oder auch die Infektion tiefer gelangen und zu Entzündungen des Periosts, zur Vereiterung und Fistelbildung des Unterkiefers und in weiterer Folge zu Hirnerscheinungen, Neuralgien, Lähmungen u. a. führen. Da also das Hervorbrechen des Weisheitszahnes zu schweren Erscheinungen Veranlassung geben kann, so soll man demselben etwas mehr Aufmerksamkeit schenken und auch die Behandlung in energischer Weise durchführen; palliative Mittel nützen nicht und tragen nur dazu bei, die Leiden des Pat. zu vermehren. Das rationellste Vorgehen ist daher die Entfernung des in Rede stehenden Zahnes, was man unter lokaler oder, falls die Kinnbacken stark zusammengezogen sind, allgemeiner Anästhesie mit Leichtigkeit bewerkstelligen kann. Ist der Zahn aber noch nicht aus der knöchernen Alveole hervorgetreten und also mit gewöhnlichen Mitteln nicht zu entfernen, so wird man oft zur Extraktion des danebenstehenden Backenzahnes greifen müssen, um die Erscheinungen zu bessern. **E. Toff** (Braila).

---

19) **W. Browning.** Spinal hemorrhage; some of its general phases.

(Med. news 1905. Oktober 7.)

Verf. teilt die spinalen Hämorrhagien in epidurale, submeningeale und myelogene ein.

Die epiduralen Blutungen entstehen meistens im Anschluß an ein Trauma. Schwierige Entbindungen und Tetanus spielen eine große Rolle. Von einer dritten Gruppe ohne Trauma stellt Verf. zehn Fälle aus der Literatur zusammen, für welche er einen chirurgischen Eingriff empfiehlt. Diese Fälle haben alle das Gemeinsame, daß der Anfall der Lähmung ohne Schmerzen einhergeht und eine dissoziierte Empfindungslähmung, welche für myelogene Formen charakteristisch ist, fehlt. In mehr als der Hälfte der Fälle ist keine Anästhesie vorhanden.

Die submenigealen Hämorrhagien ereignen sich nicht selten im Anschluß an eine Hirnblutung und stellen so nur deren Ausbreitung zwischen die Rückenmarkshäute dar. Der andere Teil dieser Hämorrhagien ist mit Verletzungen des Rückenmarks vergesellschaftet und von diesem nicht zu trennen.

Die letzte Gruppe der myelogenen Hämorrhagien wird durch 20 Fälle illustriert. Verf. stellt drei Typen auf: die zentrale oder tubuläre Form, den punktförmigen und den herdförmigen Typus. Es werden mit des Verf.s (vgl. d. Bl.) 20 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, für welche traumatische Momente höchstens als sekundär verantwortlich gemacht werden.

In betreff der Prognose gestalten sich die epiduralen Fälle wegen der großen Resorptionsmöglichkeit gut, die submeningealen schlecht, die myelogenen nicht gerade ungünstig. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

---

20) **R. Klapp.** Die Mobilisierung der skoliotischen Wirbelsäule mit einer aktiven Methode. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 48.)

K. steht den passiven Methoden der Mobilisierung der skoliotischen Wirbelsäule sehr skeptisch gegenüber und befürwortet statt ihrer eine durch rein aktive Maßnahmen mobilisierend und kräftigend wirkende funktionelle Therapie, durch die erstrebt werden soll, die Kranken zu »Rückenathleten« zu erziehen. Er empfiehlt hierzu ein in der Bonner Klinik erprobtes und bewährt gefundenes einfaches Mittel, nämlich das Umherkriechenlassen auf allen Vieren unter Nachahmung des Ganges der Vierfüßler, in der Weise, daß auf der einen Seite Hand bei Knie steht, während auf der anderen Hand weit voran- und Knie weit zurückgesetzt ist, wodurch abwechselnd starke seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule stattfinden. Diese Verkrümmungen werden um so ausgiebiger, je weiter das Knie vorangesetzt, die Extremitäten der anderen Seite auseinander gespreizt werden, und noch energischer gestaltet, wenn der Kopf des Kriechenden immer stets nach der konkaven Seite geneigt und eben dorthin auch die auseinander gespreizten Gliedmaßen herübergesetzt werden. Diese Kriechübungen werden je nach der Skoliose modifiziert, so z. B., daß bei primärer rechtskonvexer Dorsalskoliose die Kinder immer nach rechts, nach der Seite, wo die Versteifung liegt, herumkriechen, um diese nach links umzukrümmen. Bei dem Kriechen, das natürlich zunächst gelernt werden muß, dann täglich vor- und nachmittags je $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde vorgenommen wird, werden Hände und Knie durch Lederhüllen geschützt; die Übungen werden dem allgemeinen Kräftezustand angepaßt, die Anforderungen ganz allmählich gesteigert, indem erst später auch der Kopf nach der Seite, wo Hand neben Knie steht, nach dem hier hinter dem Kinde stehenden Lehrer hin geneigt wird und schließlich auch die Extremitäten, die beim Kriechen der konvexen Seite angehören, möglichst energisch nach der konkaven hinübergesetzt werden. Sehr bald wird neben der Auseinanderreckung der konvexen Rumpfseite auch eine erhebliche Entfaltung und Ausdehnung des Thorax bemerkbar. Die Wirkung wird gesteigert, wenn vor den Übungen eine Heißluftapplikation von 20 Minuten Dauer am ganzen Rücken stattfindet. — K. empfiehlt wärmstens die geschilderte Methode, die in der Bonner Klinik gute Erfolge ergeben hat. **Kramer** (Glogau).

---

21) **Hecht.** Zur Therapie der diphtherischen Larynxstenose.

(Therapeutische Monatshefte 1905. Nr. 12.)

Verf. weist darauf hin, daß ein Teil der diphtherischen Kehlkopfstenosen nicht durch Membranbildung, sondern durch katarrhalische Schwellung der Schleimhaut bedingt sei. Er rät deshalb, das Diphtherieserum frühzeitig und in gehörigen Dosen zu injizieren, wodurch das

Atmungshindernis oft in den nächsten 24 Stunden beseitigt werden dürfte, besonders wenn nebenher Dampf- und Kokain-Adrenalinspray, sowie innerliche Darreichung von Opium zur Anwendung kommen. Das Umgehen der Tracheotomie ist deswegen von wesentlicher Bedeutung, weil durch dieselbe die nasale Atmung ausgeschaltet wird und hierdurch günstige Bedingungen zur Ansiedlung septischer Mikroben (Streptokokken, Pneumokokken) geschaffen werden.

Silberberg (Breslau).

---

22) **Roth.** Über den intrapleuralen Druck.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1905. Bd. IV. Hft. 4.)

Die Antwort auf die Frage, wodurch die Lunge im Brustkorb ausgedehnt und die pulmonale Pleura dauernd an die kostale Pleura angelagert gehalten werde, wurde bisher dahin formuliert, daß zwischen pulmonaler und kostaler Pleura ein negativer Druck bestehe, und daß der durch Vermittlung der äußeren Luftwege auf der Innenfläche der Alveolen lastende atmosphärische Druck die Lunge entfalte und allseitig an die Thoraxinnenfläche andrücke.

Nach den bezüglich ihrer Technik hier nicht näher zu erörternden Versuchen des Verf. an Hunden existiert nun ein derartiger negativer Druck im Brustfellraum überhaupt nicht; vielmehr ist es die Kraft der Adhäsion zwischen den Pleurablättern, die ihre Entfernung voneinander verhindert und ein kollabieren der Lunge unmöglich macht.

Den Umstand, daß man bisher allgemein einen negativen Druck im Pleuraraum als bestehend annahm, erklärt Verf. auf folgende Weise:

Sticht man, wie man das bei den einschlägigen Versuchen bislang zu tun pflegte, eine mit einem Manometer versehene Kanüle durch die Brustwand und die kostale Pleura bis in den Brustfellraum, dann wurde an der Stelle des Einstiches stets die Adhäsion zwischen den Pleurablättern aufgehoben; infolgedessen konnte sich hier die Lunge vermöge ihrer Elastizität ein wenig zurückziehen, man bekam am Manometer einen Ausschlag, der einen gewissen negativen Druck anzeigte; doch hat man damit nicht, wie man bisher anzunehmen pflegte, einen normalen intrapleuralen Minusdruck gemessen, sondern einen durch das Experiment künstlich an dieser Stelle erzeugten Minusdruck, der als Maß für die Zugkraft der elastischen Fasern in der Lunge an dieser Stelle zu betrachten ist.

Auch hierüber hat Verf. eine Reihe von Experimenten an Hunden angestellt und gefunden, daß diese Zugkraft der elastischen Fasern nicht überall an der Lungenfläche dieselbe ist; es ergab sich vielmehr, daß die Dehnungsgröße der Lungen in Übereinstimmung mit Tendeloo's Versuchsergebnissen lateral- und kaudalwärts zunimmt.

W. v. Brunn (Rostock).



23) **M. Tiegel.** Zur Technik der Lungennaht. (Aus der kgl. chirurg. Klinik zu Breslau).

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 45.)

Um ein Einreißen der Lungennähte zu verhindern, stützt T. die Wundränder durch feine resorbierbare Magnesiumnadeln, die wenige Millimeter von dem Wundrande entfernt parallel zu diesem dicht unter der Pleura beiderseits eingeführt werden. Um diese Gerüstfäden werden dann die Seidenknopf- oder Lembert'schen Nähte, die an ihnen einen Halt finden, angelegt und fest angezogen (»Gerüstnaht«). Bei tiefgehenden, stark blutenden Wunden versenkt man die Stützfäden in der Tiefe der Wunde, legt um diese versenkte Catgut- oder Seidennähte und an der Oberfläche die Pleura allein fassende an; zum Nähen benutzt T. feine Nadeln ohne Öhr mit einer trichterförmigen federnden Metallhülse am hinteren Ende, die die Fäden aufnimmt. Versuche ergaben, daß die mit Magnesiumpfeilen und fortlaufender Seidennaht angelegte Naht auch bei stärkerem Innendruck völlig luftdicht hielt, besonders wenn die Fäden mit Eisenchlorid getränkt waren, das das Blut in den Stichkanälen rasch gerinnen und dadurch letztere dicht macht. — T. hofft, daß die Nahtmethode sich auch im menschlichen Lungengewebe als praktisch erweisen und das Nahtprinzip auch bei anderen leicht zerreißlichen, blutreichen Organen verwendbar sein werde.

Kramer (Glogau).

---

24) **H. Lindner** (Dresden). Die Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49 u. 50.)

L. bespricht zunächst die Schwierigkeiten, die der Technik auf dem Gebiete der Herzchirurgie entgegenstehen, und nach Erwähnung der anatomischen Verhältnisse die bisher vorliegenden Erfahrungen bei der Behandlung von Verletzungen des Herzens und Herzbeutels, Fremdkörpern, Exsudaten und chronischer Mediastinoperikarditis. Er warnt davor, bei jeder Verletzung der Herzgegend ohne weiteres zu operieren, da eine Herzverletzung nicht vorzuliegen brauche, andererseits auch, wie er selbst in einem Falle beobachtete, die Erscheinungen von Herztamponade als Folge einer wirklichen Herzverletzung zurückgehen können (Heilung des Falles in 8 Wochen); bei deutlichem Kleinerwerden des Pulses darf aber mit einem Eingriffe nicht gezögert werden. Zur Freilegung des Herzbeutels ist die Bildung eines Weichteillappens mit subperiostaler Resektion von Rippenstücken wegen der leichteren Blutstillung empfehlenswerter, als die Herstellung eines nach außen umzuklappenden Weichteil-Knochenlappens; die später einsetzende Knochenreproduktion genügt vollkommen zur Deckung des Brustwanddefektes, auch ist es oft erwünscht, daß kein knöcherner Verschluß sich wieder bilde, um bei etwaigen sekundären Verwachsungen der Herzaktion mehr Freiheit zu lassen. Im ganzen sind die Resultate der Herznaht quoad vitam gute: von 63 Fällen wurden 23 geheilt

(36,4%). Was die Behandlung von im Herzen zurückbleibenden Fremdkörpern betrifft, so wird die Entfernung von Geschossen wohl kaum jemals in Frage kommen und nur unter ganz besonders günstigen Umständen gelingen (Fall von Zoege-Manteuffel), während die von Nadeln in der Herzwand eher erfolgreich sein wird. — Für die Behandlung von Ex- bzw. Transsudaten im Herzbeutel empfiehlt L., bei der Punktion vorher die Haut zu spalten, bei eitrigen Exsudaten mindestens eine Rippe zu resezieren und die Ränder der Perikardialinzision an die Muskelwunde anzuheften, um den Abfluß zu sichern; tiefe Narkose ist dazu nicht erforderlich. L. hat die Perikardotomie zweimal mit günstigem Resultat ausgeführt. — Auch von der Kardiolysis bei chronischer adhäsiver Mediastinoperikarditis hat er in einem bereits von Meyer-Westfeld mitgeteilten Falle Gutes gesehen (s. d. Bl. 1905 p. 1438).

Kramer (Glogau).

---

25) **S. Handley.** On the mode of spread of breast cancer in relation to its operative treatment.

(Glasgow med. journ. 1905. Dezember.)

Die Ausbreitung des Brustkrebses geht nicht sprungweise, sondern durch successives Vorschieben der Karzinomzellen in den Lichtungen der Lymphgefäße vor sich, und zwar gleichgültig, ob mit oder gegen den Lymphstrom; Verf. vergleicht sie mit dem Fortschreiten einer Welle auf einem Teich, in den man einen Stein geworfen hat.

Die Verbreitung der Karzinomzüge geschieht zunächst auf der tiefen Fascie, von dort aus sekundär nach der Haut zu und durch die Fascie hindurch in die Muskulatur. Hier und da kann es zur Bildung eines Krebsknotens kommen, der aber im Anfange, wie mikroskopische Untersuchungen den Verf. lehrten, stets kontinuierlich mit der Hauptgeschwulst verbunden war, später aber von ihr getrennt werden kann durch einen Prozeß, der vom Verf. »perilymphatische Fibrosis« genannt wird und eine Verödung der Lymphgefäßlichtung und die Vernichtung der in ihm enthaltenen Krebszellen zur Folge hat.

Als weiteren Beweis, daß die Ausdehnung des Karzinoms auf dem Lymphwege erfolgt, führt Verf. eine Statistik von 329 Fällen von Brustkrebs aus dem Middlesex-Hospital an; die bei ihnen zur Beobachtung gekommenen Spontanfrakturen betrafen in 9% aller 329 Fälle das Brustbein, in 8% die Rippen, 3,6% die Wirbelsäule, 4,2% das Femur usw., aber nur in 0,9% die Extremitäten vom Ellbogen- bzw. Kniegelenk distalwärts.

Verf. stellt für die Operation des Brustkrebses die Forderung auf, noch weit radikaler, als es bisher geschah, vorzugehen. Von der Haut soll rings um die Geschwulst herum ein mindestens 12—15 cm im Durchmesser haltendes Stück entfernt, von der tiefen Fascie aber nach Unterminierung der Haut ein Stück von 30 cm Durchmesser, d. h. bei nicht weit vorgeschrittenen Fällen, geopfert werden, sonst aber weit mehr. Die Pektoralmuskeln sollen beseitigt, die Achsel-

höhle sauber ausgeräumt werden. Man wird meist bis weit nach dem Epigastrium hin vordringen müssen und soll die vordere Rectusscheide nicht schonen.

Zahlreiche makro- und mikroskopische Abbildungen sind angefügt.

W. v. Brunn (Rostock).

Kleinere Mitteilungen.

26) **H. Coenen.** Bericht über die vom 1. April 1903 bis 1. September 1904 in der Poliklinik der kgl. Universitätsklinik zu Berlin behandelten Geschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht die Statistik von 1112 Geschwülsten, die in ca. $1^1/_2$ Jahren beobachtet wurden. Das ganze Material ist nach dem mikroskopischen Befund in 23 Unterabteilungen getrennt. Die Arbeit ist zu einem kurzen Referate nicht geeignet. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

27) **H. Ladenburger** (Mannheim). Über Operationen im Hause des Patienten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

L. berichtet über eine größere Zahl sehr schwerer Operationen, die, im Hause des Pat. oft unter den ärmlichsten Verhältnissen ausgeführt, den Beweis liefern, daß es auch außerhalb einer Krankenanstalt möglich ist, den Anforderungen der Asepsis in vollstem Maße zu genügen und eine reaktionslose Heilung zu erzielen.

Kramer (Glogau).

28) **W. Danielsen.** Über die Bedeutung der Bier'schen Stauungsbehandlung akuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 48.)

Die in der Marburger Poliklinik Küttner's in 105 Fällen entzündlicher Erkrankungen angewandte Stauungsbehandlung hat in 101 Fällen in kurzer Zeit völlige Heilung erzielt, ohne daß jemals unangenehme Nebenerscheinungen zur Beobachtung kamen; nur in vier Fällen versagte diese Therapie. Der Fortfall schmerzhafter großer Inzisionen und der Tamponade macht die Methode zu einer angenehmen; die Vermeidung häßlicher Narbenbildungen und schwerer Bewegungsstörungen, die Abkürzung der Behandlungsdauer erhöht ihren Wert. Da die Erfolge bei poliklinischem Material erzielt wurden, kann die Behandlungsweise auch dem praktischen Arzte empfohlen werden, sofern er die Technik genau zu befolgen und eine beständige sorgfältige Kontrolle der Stauung auszuüben imstande ist.

Kramer (Glogau).

29) **C. Evler.** Über günstige Beeinflussung eines Karbunkels durch Röntgenbestrahlung.

(Med. Klinik 1905. Nr. 52.)

Bei einem älteren Manne, dessen Herzfehler und Allgemeinzustand den Verf. von einer Betäubung und blutigen Operation Abstand nehmen ließ, führte schon eine 2 Minuten lange Röntgenbelichtung eine deutliche Wendung zum bessern und den Beginn der Einschmelzung herbei. Der Erfolg wurde in den folgenden Tagen durch vier weitere Bestrahlungen gesichert. **G. Schmidt** (Berlin).

30) **E. Schmidt.** Über Novokain-Höchst. (Aus der chirurgischen Privatklinik von Dr. Haenel-Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Das Novokain hat sich auch Haenel in 70 Fällen bestens bewährt. Es zeichnet sich durch seine sehr geringe Giftigkeit bei großer anästhesierender Kraft und Fehlen jeglicher Reizerscheinung aus und beeinflußt nicht das Suprarenin in seiner Wirksamkeit. Der Nachschmerz ist nicht immer ganz ausgeschlossen, aber weniger heftig als bei Kokain. **Kramer** (Glogau).

31) **W. Danielsen.** Poliklinische Erfahrungen mit dem neuen Lokalanästhetikum Novokain. (Aus der chirurg. Universitäts-Poliklinik zu Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Aus den 255 Beobachtungen ergibt sich, daß das Novokain, das in der Küttner'schen Poliklinik in Lösungen von 1 und 2% mit Suprareninzusatz zur Infiltrations- oder direkten Injektionsanästhesie und in 10%iger Lösung zur Anästhesierung der Schleimhäute angewandt wurde, ein reizloses, schnell und intensiv wirkendes Lokalanästhetikum ist, bei dem keine toxischen Nebenwirkungen, keine Nachschmerzen, keine Reizerscheinungen oder nekrotisierenden Wirkungen beobachtet worden sind. Das Novokain beeinträchtigt die Wirkung des Suprarenins in keiner Weise und läßt sich gut sterilisieren; es vermag zurzeit allein das Kokain in der Chirurgie zu ersetzen. **Kramer** (Glogau).

32) **Roith.** Zur kombinierten Skopolamin-Morphin-Chloroformnarkose. (Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Nach Zusammenstellung der bisher von verschiedenen Autoren mit obiger Narkosenmethode gemachten Erfahrungen berichtet R. über die von ihm an 230 gynäkologischen Fällen gewonnenen Eindrücke. Es wurde die Narkose entweder nach der Methode Korff III, Kümmell, oder mit einer einmaligen Injektion von 0,5 mg Scopol. hydrobrom. + 1—1,5 cg Morphin ausgeführt und durchschnittlich 15 ccm Chloroform pro Stunde verbraucht (einige Male auch 46,8 ccm Äther pro Stunde), wegen der Verwendung des Chloroforms am Ende der Operation eine Kochsalzinfusion angeschlossen. R. legt auf die Ausschaltung von Sinneseindrücken nach den Injektionen großen Wert und bringt den Pat., dem die Gehörgänge mit ölgetränkter Watte ausgestopft sind, bereits schlafend in den Operationssaal. Nach seinen Erfahrungen ist die Narkose gefahrlos; man erreicht mit kleinen Dosen in entsprechenden Zwischenräumen (je 0,3—0,4 mg H. + 1 mg M. 1½ und ½ Stunde vorher) mehr als mit einer großen und geht dabei sicher. Der Hauptvorzug des Verfahrens liegt nicht in der guten Qualität der Narkose, sondern in der Beseitigung der postnarkotischen Beschwerden und Gefahren. Bei Kindern, Herz- und Nierenkranken ist besondere Vorsicht geboten. Die Lösungen von Hyoscin und Morphin müssen immer frisch bereitet sein. **Kramer** (Glogau).

33) **J. Hertzka.** Zur Technik der Klammernaht nach Michel.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

H. benutzt bei der Naht eine »Klammerpinzette«, die nach innen federt und deren Blätter durch Druck auf ein paar Bügel auseinandergedrängt werden. Im Ruhezustande werden also die Michel'schen Wundklammern von der Pinzette festgehalten. **Kramer** (Glogau).

34) **K. Heilbronner.** Über Geistesstörungen im unmittelbaren Anschluß an Hirnerschütterung. (Aus der psychiatrischen Klinik zu Utrecht.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49 u. 50.)

Den schon von Kalberlah, Meyer usw. berichteten Fällen von Auftreten einer besonderen Form von Psychose, des Korsakow'schen Symptomenkomplexes,

(Herabsetzung der Merkfähigkeit, örtliche und zeitliche Desorientierung, Erinnerungsfälschungen, Urteilsschwäche usw.) nach Hirnerschütterung reiht H. vier weitere an, die bei geordnetem äußeren Verhalten das typische Bild jener Psychose darboten. Zwei der Pat. ließen initial sehr deutliche delirante Unruhe erkennen, beim dritten war sie nur geringen Grades, beim vierten darüber nichts bekannt geworden. Disponierend kam bei dem einen das höhere Lebensalter, bei einem anderen Alkoholmißbrauch in Betracht. Die Prognose dieser Korsakow'schen Psychose ist bei den traumatischen Formen günstiger als bei den anderen, da keine nachweislichen Defektsymptome zurückbleiben; ob eine restlose Genesung möglich ist, steht noch dahin. **Kramer** (Glogau).

35) **Noltenius.** Leptoméningite circonscrite chronique et paralysie de l'abducteur.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 48.)

Der 23jährige Pat. wurde wegen einer Mastoiditis, in deren Verlauf auch Schwindel hier und da beobachtet war, operiert. Die Wunde heilte in kurzer Zeit. Bald darauf traten Schwindel und Kopfweh auf. Dabei zeigten sich in der Gegend der Tubenöffnung Granulationen, die hartnäckig rezidivierten. Am 25. Juli wurden dieselben abermals gründlich in Narkose ausgekratzt; darauf heftigerer Schwindel. Nach 3 Tagen Symptome von Meningitis; Schmerzen besonders in der rechten Schläfe und Lendengegend, Nacken wenig beteiligt; nach weiteren 3 Tagen Lumbalpunktion ohne Entleerung von Flüssigkeit; Radikaloperation mit Eröffnung der mittleren Schädelgrube und der Schnecke ohne Ergebnis. Am 3. August Tod.

Autopsie: Eine in den untersten Abschnitten des Rückenmarkskanales am deutlichsten ausgesprochene Meningitis mit gelatinösem Exsudat (daher die Erfolglosigkeit der Lumbalpunktion); sonst nirgends Eiter; Nekrose des Knochens an der oberen Pyramidenfläche, entsprechend dem Dache der knöchernen Tube. Merkwürdigerweise fand sich an der entsprechenden Stelle des anderen Felsenbeines eine ähnliche Veränderung der Farbe des Knochens. N. wirft die Frage auf, ob die bis dahin fast latente (nur Kopfweh und Schwindel waren beobachtet) Meningitis durch die Ausschabung zu einer foudroyanten gemacht worden sei. Die Abducenslähmung entwickelte sich am 30. Juli, auch Gradenigo beobachtete sie, ehe die Meningitis voll entwickelt war; Verf. nimmt ein direktes Übergreifen auf den Nerven an. (Nebenhöhlen waren frei, keine Syphilis; Verf. ist geneigt, die lumbale Lokalisation darauf zurückzuführen, daß Pat. bis kurz vor dem Tode nicht bettlägerig war. Warum N. nicht gleich von Anfang an radikal operiert [breite Perforation!], erläutert er nicht; ob dies allerdings den Ausgang wesentlich beeinflußt, kann nicht entschieden werden.) **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

36) **Mermingas.** Beitrag zur Pathologie und chirurgischen Behandlung der Jackson'schen Epilepsie.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Hft. 10.)

Bei einem Soldaten stellte sich inmitten völligen Wohlbefindens Kriebeln im linken Arm ein; später kam es zur Lähmung der linken Hand, zeitweiligen, im linken kleinen Finger beginnenden Krämpfen des linken Armes und der linken Gesichtshälfte und Hirndruckerscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, wobei das Bewußtsein erhalten blieb). Nach Freilegung der Zentralfurche des Gehirns durch eine temporäre Aufklappung wurde festgestellt, daß es sich um eine Bluthöhle innerhalb der vordersten Zentralwindung und des anstoßenden Stirnhirns handle. Teilweise Tamponade und Hochklappen des Lappens. Anfänglich Besserung, nach 4 Wochen erneute Krämpfe und Hirndruckerscheinungen. Heraushebeln einer $2^1/_2$ cm im Quadrat großen Knochenscheibe mittels Handtrepans aus der oberen Hälfte des bereits wieder festgewachsenen Knochenlappens; Inzision der Dura, Entleerung der Bluthöhle und Tamponade. Hierauf Besserung, nur die Lähmung der linken Hand besteht noch; 4 Monate nach der zweiten Operation sind bereits verflossen. Verf. ist sich über die Entstehung dieser Blutcyste unklar geblieben. **Herhold** (Altona).

37) **Gorgas.** Drei Fälle von Resektion des III. Trigeminusastes am Foramen ovale.

(Inaug.-Diss., Kiel, 1904.)

In zwei Fällen betraf die Neuralgie sämtliche sensible Zweige des III. Astes, im dritten waren der N. lingualis und buccinatorius nicht beteiligt, doch nötigte ein Rezidiv nach der Resektion des N. mandibularis zur Resektion am Foramen ovale. Bei dem ersten Kranken wurde der Nerv mit Kocher's Schnitt, bei den anderen durch den bogenförmigen Schnitt nach Krönlein freigelegt. Im letzten Fall entstand vorübergehende teilweise Facialislähmung. Alle drei Kranken wurden anscheinend dauernd geheilt, trotzdem bei zwei derselben nur kleine Teile des Nerven ausgedreht werden konnten. **Gutzeit** (Neidenburg).

38) **G. Trautmann.** Karzinome des Naseninnern. Ein von der Keilbeinhöhle ausgehendes Plattenepithelkarzinom. Mit Illustration und beigefügtem Operationsberichte von A. Gebhart.

(Archiv für Laryngologie Bd. XVII. Hft. 3.)

Das einzige Symptom, welches den 68jährigen Pat. zum Arzte führte, war eine komplette Verstopfung der betreffenden Nasenseite. Hinter zahlreichen Schleimpolypen fand sich die nach unten und beiden Seiten frei bewegliche Geschwulst; daher fehlten auch, so meint Verf., die sonst beobachteten Symptome. Nach Entfernung der Polypen und eines Geschwulststückes zur mikroskopischen Untersuchung trat eine heftige Blutung ein. Bei der extranasalen Operation wurde zunächst am Kieferwinkel eine Lymphdrüse von Bohnengröße exstirpiert. Sodann erfolgte am hängenden Kopfe die paramediane Spaltung der Nase und Oberlippe, Abhebelung der Weichteile, Abmeißelung des Stirnfortsatzes des Oberkiefers, der vorderen Kieferhöhlenwand; die mit Polypen erfüllte Highmorshöhle wird ausgeräumt, die innere Wand gleichfalls abgetragen, die Geschwulst bis an die Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle verfolgt, an der Hinterwand derselben sitzt die Geschwulst auf, nach Abtrennung des Stieles wird der in Choane und Nasen-Rachenraum ragende Teil hinabgedrückt und durch die Mundhöhle entfernt, die Keilbeinhöhle ihrer Schleimhaut beraubt und verschorft. Tamponade. Hautnaht. Glatter Verlauf. Heilung, nach $4^1/_2$ Monaten kontrolliert. — Im Anschluß an diesen Fall gibt Verf. eine ausführliche Darstellung der Symptomatologie und Therapie der bösartigen Geschwülste des Naseninnern, speziell des Karzinoms, unter ausgedehnter Berücksichtigung der Literatur. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) **A. Onodi.** Die Mukokele des Siebbeinlabyrinths.

(Archiv für Laryngologie Bd. XVII. Hft. 3.)

Die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Mukokele des Siebbeinlabyrinths weisen nach der Ansicht des Verf.s sämtlich eine nicht ganz vollkommene Untersuchung auf. O. ist es zum ersten Male gelungen, über einen erschöpfend beobachteten Fall mit rhinoskopischem Befunde, Sondierung, Röntgenbild und histologischer Untersuchung zu berichten. Bei der 30jährigen Pat. hatte sich im Verlaufe von 6 Jahren eine Anschwellung im rechten inneren Augenwinkel gebildet, mit allmählicher Verdrängung des Auges nach unten und außen. Oberhalb und vor der mittleren Muschel war eine haselnußgroße Blase zu sehen, daneben war die Stirnhöhle zu sondieren. Punktion der Blase, Entfernung derselben mit Schere und Konchotom führten nach Entleerung gelb-graulichen, leimartigen Schleimes zur Heilung. Die einkammerige Höhle erstreckte sich 3 cm nach rückwärts, 4 cm nach oben und innen. Das Röntgenbild zeigte deutlich die Verdrängung der kleinen Stirnhöhle durch die große Mukokele. Die histologische Untersuchung berechtigt zu der Annahme, daß es sich hier um eine im Gebiete des Siebbeines in einer präformierten Höhle infolge eines entzündlichen Reizes entstandene Mukokele handelt. Zu einer cystischen Degeneration der entzündeten Nebenhöhlenschleimhaut fehle bisher jede anatomische Grundlage. Verf. verbreitet sich dann noch ausführ-

licher über die Beziehungen des Siebbeines, speziell der Bulla frontalis, zur Stirnhöhle unter Heranziehung der in seinem vortrefflichen Atlas (Die Nebenhöhlen der Nase, Wien 1905) niedergelegten Bilder. Die Arbeit zeigt wieder die gediegene und gründliche Sorgfalt des bekannten Verf.s.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

40) **M. Magnus.** Angeborene, gutartige, intranasale Neubildungen.

(Archiv für Laryngologie Bd. XVII. Hft. 3.)

Verf. beobachtete bei einem 4 Monate alten, kräftigen Kinde mit behinderter Nasenatmung eine gestielte Geschwulst, die oberhalb des vorderen Ansatzes der unteren Muschel ihren Ursprung hatte. In leichter Narkose wurde die pflaumenkerngroße Geschwulst mit der Schlinge entfernt, die Insertionsstelle verschorft. Histologisch bot sie ein Bild, ähnlich dem Fibroadenoma, Bindegewebe mit zahlreichen, etwas unregelmäßigen Drüsen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

41) **L. Mieck.** Über die Osteome der Kieferhöhle.

Inaug.-Diss., Straßburg i. E., 1905.

Verf. berichtet über einen von Ledderhose operierten Fall von Osteom der Kieferhöhle, wobei die Geschwulst ein frei in der Oberkieferhöhle liegender Sequester, ein sog. totes Osteom war. Die Geschwulst hatte zu einer langsam zunehmenden, aber durchaus schmerzlosen Auftreibung des rechten Oberkiefers geführt. Über der Alveole des gesunden Eckzahnes befand sich eine Fistel, aus der sich spontan und auf Druck Eiter entleerte. Die eingeführte Sonde stieß auf rauhen Knochen. Nach Abtragung der vorderen Kieferwand gelangte man in die Highmorshöhle, die völlig ausgefüllt war von einem walnußgroßen, frei beweglichen und leicht extrahierbaren Knochenkörper. Pat. wurde geheilt entlassen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß ein Osteom vorlag. Ein Teil der Oberfläche der Geschwulst zeigte infolge der langjährigen Eiterung ein zerfressenes, spongiöses Aussehen. Verf. nimmt an, daß die Eiterung in Verbindung mit Druckatrophie des früher zweifellos vorhandenen Stieles zur Spontanlösung der eingekeilten Geschwulst geführt hat. **Boennecken** (Prag).

42) **J. Fein.** Ein Leiomyom des Gaumens.

(Archiv für Laryngologie Bd. XVII. Hft. 3.)

Gelegentlich der Behandlung eines akuten Rachenkatarrhs bemerkte Verf. bei der 20jährigen Pat. eine am hinteren Gaumenbogen mit flachem, breiten Stiele hängende, ungefähr kleinbohnengroße Geschwulst. Es gelang leicht, dieselbe mit der Schlinge zu entfernen. Den Ursprung leitet F. von den glatten Muskelfasern der Gefäßwandungen her und erwähnt, daß er in der Literatur keinen Fall mit dieser Lokalisation finden konnte. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

43) **Helber.** Über Parotitis und Orchitis epidemica und ihre Komplikationen.

(Med. Korrespondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1905. Nr. 49.)

Die Beobachtungen H.'s an 15 innerhalb eines Jahres bei einem Bataillon aufgetretenen Erkrankungen zeigen, daß außer anderen Komplikationen auch dauernde Veränderungen an der Parotis sowohl wie am Hoden zurückbleiben können. In zwei Fällen trat nur eine Orchitis ohne Befallensein der Parotis ein, beidemal war sie einseitig.

Bei Nachuntersuchungen nach einigen Monaten fiel auf, daß die erkrankt gewesene Speicheldrüse andauernd vergrößert und viel derber als die gesunde zu fühlen war. Unter vier Fällen von Orchitis hatten alle vier nach einigen Monaten eine ausgesprochene, einseitige Atrophie eines Hodens, anscheinend infolge von bindegewebiger Verhärtung mit Schwund des Drüsengewebes.

Der Mumps ist demnach keineswegs immer eine harmlose, in wenigen Tagen zur Dauerheilung gelangende Krankheit. **Mohr** (Bielefeld).

44) **Kaatz.** Zur Kasuistik der medianen Halsfisteln.

Inaug.-Diss., Kiel, 1904.

K. teilt die Krankengeschichten dreier Pat. mit, die in der Kieler Klinik operiert wurden. Die Fisteln mündeten zwischen Zungenbein und Schildknorpel und waren aus den Resten des Ductus thyreoglossus hervorgegangen. Bemerkenswert ist der erste Fall, der trotz mehrmaliger ausgedehnter Freilegung bis zum Zungenbein, über welches hinaus sich die Fistel nicht verfolgen ließ, rezidivierte und auch bei der Entlassung nicht geheilt war; er lehrt, daß selbst die anscheinend vollständige Radikaloperation dieser Fisteln nicht immer von Erfolg gekrönt ist.

Gutzeit (Neidenburg).

45) **Downie.** Two cases of branchial fistula seven months after operation.

(Glasgow med. journ. 1906. Januar.)

Operationsbericht über zwei bereits früher besprochene und in diesem Zentralblatt 1905, p. 1105, referierte Fälle.

Beidemal wurde der ganze Fistelgang freigelegt und mit Einschluß seiner Öffnung in die Rachenhöhle am oberen Rande der Mandel exstirpiert. Heilung per primam.

Die mikroskopische Untersuchung ergab im ersten Falle eine Auskleidung des Ganges mit dem Schleimhautepithel, wie die Mundhöhle es hat; im zweiten Falle fand sich flimmerndes Zylinderepithel. Um die Gänge herum lagen große Mengen lymphoiden Gewebes.

W. v. Brunn (Rostock).

46) **W. Browning** and **F. Tilney.** A case of spinal apoplexy with findings.

(Med. news 1905. November 11.)

Mitteilung eines Falles von spinaler Hämorrhagie, welche nach Verff. Ansicht nicht auf traumatischer Basis beruht. Die Symptome bestanden in Paraplegie beider unteren Extremitäten, Urinretention und nahezu aufgehobener Sensibilität beider Beine. 12 Tage nach dem Anfall Operation: Laminektomie des 8., 9., 10. und 11. Bogens. Tod.

Mikroskopisch fanden sich in der Höhe des 3. Lendensegmentes beide Vorderhörner zum größten Teile mit Blutung durchsetzt, welche bis zum 12. Dorsalsegment hinaufreicht und sich in ihrer Ausdehnung verjüngt.

A. Hofmann (Karlsruhe).

47) **Dieulafé** et **Gilles.** Sur un cas de kyphose congénitale.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Juli.)

Das frühgeborene Kind einer Tuberkulösen weist eine starke dorsale Kyphose auf. Der mit Bleistreifen an der Vorderfläche der Wirbel gemessene und zur Anschauung gebrachte Bogen hat eine Länge von 11 cm und eine Höhe von 25 mm. Eine Knochenaffektion war nicht nachweisbar. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

48) **B. Ward.** A case of tumour of the spinal cord removed by operation.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 28.)

Ein 24jähriger Arbeiter bekommt 4 Monate nach einem Fall auf den Rücken lumbagoähnliche Beschwerden, die $^1/_4$ Jahr anhalten. Nach 2 Jahren völliger Beschwerdelosigkeit beginnen ähnliche Anfälle von 2wöchiger Dauer, die innerhalb 5 Jahren alle 3 Monate wiederkehren. 1 Jahr später beginnt eine ziemlich plötzlich einsetzende spastische Paraplegie mit starkem Fußklonus beiderseits, gesteigerten Sehnenreflexen, Babinsky positiv und stark herabgesetzter Sensibilität bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel, hinten bis zum 3. Lendenwirbeldornfortsatze. Beim Beklopfen sind besonders der 9. und 10. Brustwirbel empfindlich. Im Bereiche dieser beiden und des 7. und 8. Brustwirbels findet sich eine leichte Kyphose.

Bei der Laminektomie im Gebiete des 9. und 10. Brustwirbels drängten sich nach Abfließen von viel Liquor unter mächtigem Drucke die hinteren Wurzeln vor, und hinter ihnen fühlte man eine walnußgroße, umschriebene, harte Geschwulst, die glatt ausgeschält werden konnte. Das Rückenmark war zu einem Bande plattgedrückt worden. Heilung nach starkem Abfluß von Liquor.

Nach der Operation war an Stelle der spastischen Lähmung eine schlaffe getreten, mit völliger Anästhesie und Inkontinenz; die heftigen Schmerzen waren ganz geschwunden und blieben es auch. Tod nach 20 Monaten an Dekubitus. Die Geschwulst erwies sich als ein von der Nervenscheide der hinteren Wurzeln ausgegangenes Fibrosarkom. Die Sektion ergab, daß das Mark bis zum 11. Dorsalsegmente normal war; von hier wurde es abgeplattet und war im Bereiche des 12. Brust- und 1. und 2. Lumbalsegmentes als solches erkennbar erst auf Querschnitten.

Bei nicht entfernbaren Geschwülsten empfiehlt W. zur Linderung der Schmerzen die Durchtrennung der hinteren Wurzeln ober- und unterhalb und im Bereiche des ergriffenen Segmentes. Da die Erfahrung lehrt, daß die Segmentdiagnose sehr oft zu tief nach unten verlegt wird, so ist es vorteilhaft, die Laminektomie am höchsten angenommenen Punkte zu machen und bei negativem Ausfalle den nächstoberen Wirbelbogen fortzunehmen. **W. Weber** (Dresden).

49) **L. Hauswirth** (New York). Cervical rib; report of a case.

(Amer. journ. of surg. 1905. Dezember.)

Bei einer 17jährigen Näherin traten 10 Tage vor der Beobachtung ohne sichtbare Ursache Schmerzen über dem linken Schlüsselbein auf, die in die Schulter ausstrahlten; linker Arm kälter als der rechte. Etwa $1^1/_2$ Zoll über der Mitte des Schlüsselbeines fand sich eine Schwellung, auf Druck schmerzhaft. Röntgenbild (schlecht reproduziert) bestätigte die Diagnose einer Halsrippe. Da innerhalb 4 Tagen der ganze Arm rigid, die Finger leicht gebeugt und steif gehalten wurden, die leichteste Bewegung Schmerzen machte, Hand und Vorderarm anschwollen, blau und kalt wurden und Hypästhesie eintrat, so wurde operiert. Die Rippe, $1^1/_4$ Zoll lang und $^1/_4$ Zoll breit, ging von dem 6. Halswirbel aus, war an der Spitze mit der 1. Rippe durch ein fächerförmiges, fibröses Band verbunden, das auf den Plexus drückte, komprimierte nicht die Subclavia, aber war von zahlreichen dilatierten Venen gekreuzt. Vollkommenes Schwinden der Beschwerden.

Goebel (Breslau).

50) **Ehrhardt.** Über Thymusexstirpation bei Asthma thymicum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Ein 2jähriges Mädchen erkrankte mit Atemnot und Heiserkeit. Die Beschwerden nahmen immer mehr zu, bei geringen Aufregungen kam es zu laut tönenden Inspirationen. Die Form des Halses war normal, die Thymus war weder zu sehen, noch durch Perkussion als vergrößert festzustellen. Die Intubation, die zuerst wegen der Dyspnoe vorgenommen wurde, blieb erfolglos. Deshalb mußte eine tiefer sitzende Trachealstenose angenommen werden. Bei dem nun folgenden Eingriffe wurde die Thymus teils stumpf, teils scharf ausgelöst. Diese Enukleation, die unter schrittweisem Fassen und Abbinden der Gefäße stattfand, bot keine Schwierigkeiten. Die Luftröhre, die jetzt bis zur Bifurkation freilag, zeigte sich in ihrem antero-posterioren Durchmesser stark abgeplattet. Der Erfolg war sofort ein ausgezeichneter. Die Atemnot schwand, die Sprache wurde klar. Ausfallserscheinungen infolge der totalen Thymusexstirpation traten nicht ein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

51) **Murphy.** Superior accessory thyreoids.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. Dezember 16.)

Der historischen und entwicklungsgeschichtlichen Einleitung folgt die Physiologie, Lokalisation usw. Zwei Fälle hat M. selbst operiert:



1) 34jährige Frau, bei der schon 15 Jahre lang Geschwulst der Zungenbasis bestand, die früher vergeblich vom Mund aus zu entfernen versucht war (starke Blutung). Seit 9 Jahren allmählich wachsende Geschwulst unterhalb der alten, welche bis zur Oberfläche der Haut wuchs und zur Zeit der Operation hühnereigroß hervorragte. Nur diese Geschwulst wurde von einem Längsschnitt unterhalb des Kinnes aus stumpf entfernt. — 2) 45jähriger Mann hatte kurz vor der Operation zufällig die Geschwulst an der Zungenbasis entdeckt. Beschwerden fehlten Operationsverfahren nicht mitgeteilt. Die Geschwulst zeigte beginnende cystische Entartung. — Aus der Literatur sind noch 37 Fälle in Tabellenform zusammengestellt. **Trapp** (Bückeburg).

52) **R. Zipkin.** Hyalinähnliche, kollagene Kugeln als Produkte epithelialer Ballen in malignen Strumen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII .p. 374.)

In drei karzinomatösen Kröpfen konnten eigentümliche kugelige, teils strangartige Gebilde nachgewiesen werden, die zwar die Färbereaktion des Bindegewebes gaben, aber nach Ansicht der Verf. von den Epithelzellen der Geschwulst gebildet worden sind. Mikrochemisch zeigten sie die Reaktionen der kollagenen Substanz. Die histologischen Befunde, auf die sich die obenerwähnte Behauptung stützt, müssen im Original nachgelesen werden — ein Analogon für ihre Resultate konnte Z. in der Literatur nicht finden. **Doering** (Göttingen).

53) **E. J. Moure.** Résultat éloigné de la thyrotomie dans le cancer de larynx.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 40.)

Verf. zeigt an vier Fällen die guten Resultate der Thyreotomie. Die Pat. waren 72, 61, 64 Jahre alt und vor 3, $4^1/_2$, $11^1/_2$ und 15 Jahren operiert worden. In den ersten Fällen blieb die Kanüle bis zu $7^1/_2$ Monaten liegen, in einem kam sie am Tage der Operation noch fort und in dem zuletzt operierten wurden Kehlkopf und Luftröhre primär geschlossen. Sämtliche Pat. sind von Rezidiven verschont geblieben. Der Operation ging stets mikroskopische Untersuchung eines endolaryngeal exstirpierten Stückchens voran.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

54) **F. Schiffers.** Intubation et trachéotomie.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1905. Nr. 41.)

Verf. berichtet über einen Fall, wo ein Kind von 20 Monaten erst intubiert, dann tracheotomiert werden mußte. Da die Entfernung der Kanüle stets von Asphyxie gefolgt war, so wurde durch Sondieren von oben und unten nach dem Hindernis gesucht. Zu einer genauen Übersicht der Verhältnisse war eine Thyreotomie notwendig, die zur Entdeckung subglottischer Narben führte. Auch die Entfernung der letzteren ermöglichte nicht das Décanulement; erst die Exstirpation über der Glottis befindlicher Stränge gelegentlich einer zweiten Thyreotomie führte zu einem definitiven Erfolg. Obwohl die Intubation als Ursache der stattgehabten Verletzung anzusehen ist, hält Verf. sie doch für die zuerst anzuwendende Methode besonders bei Kindern bis zu $3^1/_2$ Jahren und unterbreitet dieses Erlebnis nur der Kritik der Anhänger und Gegner der Intubation.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

55) **Terry.** A case of excision of the cervical portion of the oesophagus.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. September 30.)

44jähriger Mann, dem in den vorhergehenden Jahren wiederholt krebsige Wucherungen aus dem Kehlkopf und schließlich dieser selbst entfernt war. Ein erneutes Rezidiv durchwuchs die vordere Speiseröhrenwand. Die Operation bestand in Entfernung der ganzen vorderen Halspartie, wozu zwei seitliche Schnitte von

den Kieferwinkeln bis fast zu den Schlüsselbeinen mit je einem Querschnitt oben und unten verbunden wurden. Die Submaxillardrüsen, der Rest der bei den früheren Operationen übrig gebliebenen Epiglottis, das Zungenbein, die vorderen $^3/_4$ der Speiseröhrenwand und die Schilddrüse wurden im ganzen entfernt. Das hintere Viertel der Speiseröhrenwand wurde zur Bekleidung der Wirbelsäule benutzt. Der Rachen wurde nicht geschlossen, auch gelang es nicht, die Haut bis an den Rand der Rückwand der Speiseröhre heranzuziehen. Trotzdem ist das Ergebnis recht gut. Der Operierte stellte sich 5 Monate später wieder vor. Er atmete gut durch eine Silberkanüle, die im Luftröhrenstumpfe dauernd getragen wird. Er ißt, indem er die Speisen kaut und bespeichelt und durch ein unter die Rachenöffnung gehaltenes, oben trichterförmiges Gummirohr in die Speiseröhre befördert. Thyreoideatabletten haben bis dahin Erscheinungen von Cachexia strumipriva verhindert.

Trapp (Bückeburg).

56) **Mc Gregor** and **Workman**. Case of teratoma of the neck removed from an infant three weeks old, with photographs, plaster cast, tumour, and microscopical preparations.

(Glasgow med. journ. 1906. Januar.)

Ein 3wöchiges Kind weiblichen Geschlechtes hatte seit der Geburt eine Geschwulst der linken Halsseite; die Größe war fast die einer geschlossenen Faust; sie reichte vom Schlüsselbeine nach oben bis zur Mitte der Wange und von der Nähe der Mittellinie bis zum vorderen Rande des Kopfnickers; die bedeckende Haut war normal und verschieblich.

Die Exstirpation der Geschwulst gelang, sie war mit keinem der benachbarten Organe eng verwachsen. Das Kind genas.

Das Präparat bildete eine multilokuläre, cystische Masse, enthielt teils klare, teils milchige Flüssigkeit; Auskleidung der Cysten meist mit kubischem Epithel; hier und da tubuläre Drüsen, Knorpelmassen, sarkomähnliche Partien. Ursprung wohl von einem Kiemenbogen. **W. v. Brunn** (Rostock).

57) **Allan**. Surgical emphysema with haemoptysis.

(Brit. med. journ. 1905. November 18.)

Bericht über einen Fall von ausgedehntem Emphysem des Oberkörpers mit Bluthusten bei einem 22jährigen Manne, dem von einem Wagenrade die Brust überfahren war. Heilung. Wesentlich ist, daß es sich nicht um eine Rippenfraktur handelte, sondern nur um eine subkutane Lungenzerreißung.

W. Weber (Dresden).

58) **E. Haim**. Über penetrierende Thoraxverletzungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIX. p. 269.)

Die Arbeit bringt eine Besprechung des einschlägigen Materials des Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien (Primarius Lotheissen) aus den Jahren 1895 bis 1904. Unter insgesamt 407 Fällen von Brustkorbverletzungen befanden sich 49 perforierende (48 ♂, 1 ♀), wobei unter solchen »perforierenden« Verletzungen diejenigen verstanden werden, bei welchen die Pleura mit verletzt wurde. Veranlassungsursache für die Verletzung war meist stumpfe Gewalt (31mal), sodann Einwirkung schneidender oder stechender Instrumente (17mal) und nur 1mal ein Schuß. Die Frage, ob außer der Pleuraverletzung auch eine Lungenverletzung vorliegt, ist nicht immer leicht zu entscheiden. Für letztere ist Hämoptoe ein allgemein gültiges Zeichen; außerdem ist natürlich bei Fehlen äußerer Wunden (reinen Kontusionsfällen) auf Lungenverletzung dann zu schließen, wenn Emphysem oder Pneumothorax eintritt (15 Fälle des Berichtmaterials). In einem Falle war durch Auftreten eines Lungenbruches, der beim Husten als flachkugelige, eigroße Geschwulst in der Nähe von Rippenbrüchen subkutan hervortrat, eine isolierte Pleuraverletzung leicht diagnostizierbar. Die Häufigkeit der wichtigsten Verletzungserscheinungen im Berichtmaterial stellt sich wie folgt:

	Bei reinen Kontusionen (31 Fälle)	Bei Brustverletzungen mit offener Wunde (18 Fälle)
Hautemphysem	15mal	(Nur) 7mal
Pneumothorax	6mal (stets mit Hämothorax verbunden)	4mal (stets mit Hämothorax verbunden)
Hämothorax	27mal	16mal

Die Krankengeschichten der schwerer verlaufenen oder komplizierten Fälle werden näher mitgeteilt. Nach den bei dem Berichtsmateriale gesammelten Erfahrungen ist die septische Infektion des Pleurablutergusses äußerst selten. Gewöhnlich bleiben diese Blutergüsse flüssig, bewirken aber durch Reiz seröse Pleuraexsudationen sowie pleuritische Verwachsungen und Schwarten, was für die baldige Entleerung der Blutmassen von Wichtigkeit ist. Pneumonie, als sogenannte »Kontusionspneumonie« zu deuten, trat 4mal, ein Empyem nur 1mal auf.

Von sämtlichen 49 Fällen endeten 10 tödlich, von denen aber 4 außer Rechnung zu setzen sind, da hier anderweitige tödliche Komplikationen (Schädelbruch, Leberzerreißung, Magenverletzung, Zwerchfellriß) zugegen waren. Unter den 6 übrigen Gestorbenen finden sich 2, die, bevor eine chirurgische Behandlung vorgenommen werden konnte, erlagen: ein 7jähriger Knabe, welcher bei der Sektion doppelseitigen Pneumothorax zeigte, und ein 70jähriger schwacher Mann. Bei den anderen 4 (darunter die Schußverletzung) waren Operationen zur Entleerung des Hämothorax vorgenommen, 1mal Rippenresektion, sonst Punktionen. Was die Behandlung betrifft, so war das primäre Wundversorgungsverfahren tunlichst einfach, nur in gründlicher Reinigung der Wundumgebung und Jodoformgazetamponade der Wunde selbst bestehend — von jeder Wunddilatation und Wunddesinfektion wurde abgesehen. Da von den 17 penetrierenden Stichwunden keine einzige infiziert wurde, ist an den Resultaten dieser Methode nichts auszusetzen. Auch betreffs der Luft- und Blutansammlung in der Brusthöhle wurde äußerst konservativ verfahren, und hier bleibt es zweifelhaft, ob nicht eine energischere Behandlung bessere Resultate erzielt hätte. Denn die Operation der 4 gestorbenen Pat. erfolgte verhältnismäßig spät, bzw. zu spät (am 14. und 5. Tage), auch hätte manchmal der Punktion vielleicht eine Rippenresektion vorgezogen werden können. H. schließt sich deshalb für Fälle von schwereren Erscheinungen von Atemnot, Cyanose, Verschiebungen der Brusteingeweide usw. den in neuerer Zeit vertretenen Grundsätzen, baldigst zur Entleerung des Pleuraraumes zu schreiten, an.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

59) **Marcus** (Posen). Fall von Mitralinsuffizienz, veranlaßt durch Trauma.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Der vorher stets gesund gewesene 36jährige Arbeiter erlitt durch Sturz von einer Leiter eine Quetschung der linken Brustseite und hatte seitdem Schmerzen und Beschwerden (Herzklopfen, Atemnot, Brustbeklemmung) seitens des Herzens wodurch er arbeitsunfähig wurde. Die Untersuchung ergab ein atypisches Krankheitsbild, das mit größter Wahrscheinlichkeit auf eine geringere Schlußfähigkeit der zweizipfeligen Klappe schließen läßt, die möglicherweise auf die Gewalteinwirkung (Einriß oder traumatische Entzündung) zurückzuführen war.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. Sonnabend, den 3. März. **1906.**

Inhalt: F. Kuhn, Nasen-Rachentumoren und perorale Tubage. (Original-Mitteilung.)
1) **Lennander,** Lokale Anästhesie, und die Sensibilität der Organe und Gewebe. — 2) **Joachimsthal,** Handbuch der orthopädischen Chirurgie. — 3) **Hoffa** u. **Rauenbusch,** Atlas der orthopädischen Chirurgie. — 4) **Gamescasse** und **Lehmann,** Operationslehre in stereoskopischen Bildern. — 5) **Pusey,** Röntgenstrahlen gegen Krebs. — 6) **Abram,** Extrakt der Duodenalschleimhaut gegen Diabetes. — 7) **Vulpius,** Orthopädie der Wirbelsäulenerkrankungen. — 8) **Lennander,** Schmerzen im Bauch. — 9) **Kelling,** Sensibilität im Bauch. — 10) **Haim,** 11) **Perrone,** 12) **Munro,** 13) **König,** Appendicitis. — 14) **Gratschoff,** Leistenbrüche. — 15) **Bab,** Hypogan und Ektogan. — 16) **Beer,** Jaboulay's Darmknopf. — 17) **Elliot,** Darmverschluß. — 18) **Delatoure,** Knickung der Flexura sigmoidea. — 19) **Lenk,** Mastdarmstrikturen. — 20) **Borelius,** Gallensteinoperationen. — 21) **Ombrédanne,** Choledochusstein. — 22) **Moynihan,** Zur Chirurgie des Choledochus.
Heusner, Ein einfacher Separator für den Urin beider Nieren. (Original-Mitteilung.)
23) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 24) **Gross** und **Sencert,** Skelettverletzungen bei einem Kastraten. — 25) **Cohn,** Zur Therapie der Röntgenstrahlen. — 26) **Hirsch,** Bier'sche Stauung gegen gonorrhoische Gelenkentzündung. — 27) **Uhthoff,** Augenschädigung nach Paraffininjektionen bei Sattelnase. — 28) **Sencert,** Speiseröhrenstriktur. — 29) **Kienböck,** Röntgenstrahlen gegen Mediastinalgeschwülste. — 30) **Date,** Fremdkörperperitonitis. — 31) **Campbell,** Darmriß. — 32) **Amberger,** Appendicitis. — 33) **Knaggs,** Retroperitoneale Hernie. — 34) **Wolff,** Ileocoecalgeschwülste. — 35) **Richards,** Verschluß der A. mesaraica sup. — 36) **Graf,** Milzverletzung. — 37) **Risel,** 38) **Cantlie,** Leberabszeß. — 39) **Bland-Sutton,** Lebercyste.
XXIII. Kongreß für innere Medizin.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.)

Nasen-Rachentumoren und perorale Tubage.

Von

Dr. Franz Kuhn.

Mehrere Eingriffe bei Nasen-Rachentumoren unter Anwendung der peroralen Intubation veranlassen mich, der Bedeutung dieses Verfahrens für das einschlägige Gebiet einige Worte zu widmen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Eingriffe für Nasen-Rachenerkrankungen unter Anwendung der seitherigen Methoden so-

wohl für Operateur als Zuschauer unbedingt etwas Unangenehmes und Widerliches haben. Die Schwierigkeit über Blutung und Narkose Herr zu werden, die daraus resultierende Halbnarkose, die Kongestion bei eventueller Anwendung des hängenden Kopfes haben etwas Abschreckendes für Jeden und ungemein Erschwerendes für den Operateur.

Dazu kommt für den Fachmann noch das Gefühl der Unsicherheit und mangelnden Gründlichkeit bei der Exstirpation der Tumoren in dieser Gegend, welche die Folge der Beeilung und der mangelnden Revision des Operationsfeldes sind. Denn es muß zugegeben werden, daß bei einer Halbnarkose eine mehrmals wiederholte Absuchung des Operationsterrains, nachdem alle Blutung steht und die einzelnen Stellen dem Auge zugänglich waren, unmöglich ist.

Die genannten Gründe der schwierigen Blutstillung und schwierigen Narkose mögen neben der schweren Zugänglichkeit des in Frage stehenden Operationsterrains Ursache für die zahlreichen Operationsmethoden für die Tumoren dieser Gegend sein.

In Kürze lassen sich dieselbe in nasale, maxillare und orale einteilen. Unterziehen wir sie alle einer näheren Kritik, so brauchen wir nur den Lehrbüchern zu folgen:

Die nasalen, welche natürlich nur für bestimmte Tumoren anwendbar sind, geben relativ wenig Raum. Auch führen sie eine Entstellung im Gesichte herbei; die maxillaren sind, auch wenn sie nur temporär ausgeführt werden, noch mehr verstümmelnd (Langenbeck, Facialislähmung usw.). Die oralen werden wegen der Blutung und der erschwerten Narkose gemieden.

Unter solchen Verhältnissen ist oft die Entscheidung schwer, welchen Weg man einschlagen soll. Wir meinen uns in jedem Falle (unter den folgenden Voraussetzungen) unbedingt für den oralen Weg entscheiden zu müssen.

Man braucht nur einen Schädel nach dieser Richtung genauer ins Auge zu fassen, so begreift sich alsbald, daß auf kaum einem anderen Wege so relativ leicht an die Basis des Schädels heranzukommen ist, daß kaum ein vorbereitender Eingriff weniger verletzend ist, und daß kaum eine breitere und freiere Zugänglichkeit, namentlich für große Tumoren an der Schädelbasis geschafft werden kann, als auf dem Wege durch den Mund, diesen breiten, präformierten Spalt an der Basis des Schädels.

Um nun diesen Weg durch den Mund hindurch richtig auszunutzen, sollten drei Bedingungen gegeben sein:

1) Der Mund muß dauernd und extrem weit während des Eingriffes geöffnet werden dürfen.

2) Seine Aufgabe, als Atmungsweg und Weg von und zum Magen zu dienen, muß aufhören.

Es darf somit

a. eine Blutung in seinem Inneren nicht mehr zu sagen haben



als eine solche in einem anderen Hohlraume des Körpers, d. h. sie darf die Atmung nicht hindern.

b. Erbrechen muß unmöglich sein.

Alle diese erwähnten Bedingungen erfüllt nun momentan das Tubusrohr der peroralen Intubation: denn es erlaubt,

1) den Mund soweit zu öffnen als möglich. Dabei tritt keinesfalls eine Verlegung des Aditus laryngis durch den zurückfallenden Zungengrund ein. Biegt man den Kopf über ein Nackenkissen etwas nach hinten über, präsentieren sich weicher und harter Gaumen ungemein übersichtlich.

2) Das Tubusrohr erlaubt eine extreme Tamponade, d. h. man kann neben dem Rohr den ganzen Rachen so fest und so dicht ausstopfen als man will.

Auf diese Weise wird der Mund zu einer geschlossenen Höhle; das sich ansammelnde Blut kann die Luftwege nicht erreichen; Erbrechen kann mechanisch verhindert werden. Zu dem letzteren Zwecke kann man die Tamponade, unter Kontrolle des anderen Fingers von außen, à la kombinierter Untersuchung, mit dem Finger sehr tief in den Hals hinunter schieben. Die Kompresse trägt außen einen starken Seidenfaden, an dem sie jederzeit wieder entfernbar ist.

Hat man auf diese Weise die oben gestellten Bedingungen erfüllt, so ist das Feld zur Operation unter gleichbleibender Narkose präpariert, wie jedes andere an der Körperoberfläche.

Man spaltet nun den weichen Gaumen in der Mittellinie, dann ebenso die Schleimhaut und das Periost des harten Gaumens und nimmt das Gaumenbein in seinem horizontalen Teil und den Processus palat. des Os maxillare weg, so weit es Bedürfnis (Gussenbauer). Auf diese Weise erreicht man eine Zugänglichkeit in den oberen Nasen-Rachenraum, die jedem Anspruche genügt. Ein Tumor in diesen Teilen wird ausgezeichnet zugänglich. Dabei ist die leichte Blutstillung durch Kompression angenehm, ferner die Ruhe der Arbeit und die ständige und häufige Kontrolle und Revision des Wundfeldes, ohne Blutung, mittels Fingers und Auge.

Genügte unter gewissen Verhältnissen diese Zugänglichkeit noch nicht, so bleibt es im weiteren dem Operateur unbenommen, noch die mediane Spaltung nach Kocher hinzuzufügen. Auf die letztere Weise dürfte jeder Anforderung an Zugänglichkeit Genüge geschehen.

Ich selbst habe in meinen Fällen auf letzteres verzichtet.

In anderen Fällen könnten auch noch die vorbereitenden nasalen Operationen zur Hilfe herangezogen werden.

Ich habe in der letzten Zeit zwei typische Fälle großer Nasen-Rachensarkome, einen mit Gaumenspaltung, einen mit Nasenablösung in der oben geschilderten Weise mittels meiner Tubage operiert und bin mit dieser Methode sehr zufrieden. Jedenfalls erleichtert sie ungemein die Arbeit.

Näheres über diese und andere Fälle wird alsbald mein Assistent Sommer publizieren.

---

1) **K. G. Lennander.** Über lokale Anästhesie und über die Sensibilität der Organe und Gewebe, fortgesetzte Studien. II.

(Upsala Läkareförenings Förhandl. N. F. Bd. X. p. 406. [Schwedisch.])

Der letzte Teil dieser von der Gesellschaft schwedischer Ärzte preisgekrönten Arbeit des unermüdlichen Forschers liegt jetzt vor. Der erste Teil ist schon in diesem Zentralblatt 1904 p. 930 besprochen worden. Zuerst gestattet uns Verf. einen Einblick in die Technik der lokalen Anästhesie an seiner Klinik, wo man in der letzten Zeit das Stovain in großer Ausdehnung, sowohl allein als in Verbindung mit Adrenalin, zu gebrauchen angefangen hat. Einzelheiten im Original.

Hinsichtlich der Sensibilität in den Organen und Geweben erinnert Verf. an seine 1901 ausgesprochene Hypothese, daß alle Organe, die nur vom N. sympathicus oder N. vagus unterhalb des Abganges des N. recurrens innerviert sind, keine von den vier Sensibilitätsqualitäten besitzen, bzw. Schmerz-, Druck-, Wärme- oder Kältesinn. Seine seitherigen Untersuchungen haben in keiner Weise dieser Annahme widersprochen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich besonders mit der Sensibilität der Knochen und der Gelenke; aber auch von anderen Organen werden Beobachtungen mitgeteilt, so vom Gehirn, vom oberen, vorderen Teile des Magens, von der Valvula Bauhini, von der Gallenblase, von Schenkelbrüchen, Nieren und Nierenbecken, Scheide, Tuba Fallopii, Mesosalpinx und Ovarialcysten.

Besonders besprochen und durch einschlägige Krankengeschichten vielseitig erläutert werden folgende Kapitel: Pars mastoidea ossis temporis, Dura mater, Sequesterhöhlen im Oberarm und Schienbein, Kniegelenk und Schenkelbein, Markhöhle und Corticalis des Oberarmes.

Dem Verf. in allen Richtungen zu folgen, würde die Grenzen eines Referates weit überschreiten. Die hauptsächlichsten Schlüsse, zu denen er gelangt, sind folgende.

Die allgemeine Hülle des Körpers, die Haut, besitzt fast überall vier Gefühlsmodalitäten, Schmerz-, Druck-, Wärme- und Kältesinn, wenn auch in sehr verschiedenem Grade an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche entwickelt. Unterhalb der Haut zeigen die Muskeln und Aponeurosen wenig entwickeltes Gefühl. Die unterhalb der Muskeln und Fascien gelegenen subserösen und serösen Hüllen der großen Körperhöhlen, das Periost und die synovialen Gelenkkapseln der Knochen und Gelenke haben sämtlich Schmerzsinn; dagegen scheint es Verf. unwahrscheinlich, daß sie die drei übrigen Sensibilitätsmodalitäten besitzen. Die größte Schmerzempfindung wird durch Dehnung, Verschiebung oder Zerreißung der serösen Hüllen oder des Periosts gegenüber der festen Unterlage von Muskeln, Aponeurosen, Bändern oder Knochen veranlaßt.

Keinen von den vier Gefühlssinnen haben aller Wahrscheinlichkeit nach das Gehirn, die Knochensubstanz, die Knorpel, die Lungen, das

Herz, die Gefäße (wenn sie vom Bindegewebe befreit sind), die Schilddrüse, Leber, Milz, das Pankreas, das Nierenparenchym, die inneren weiblichen Geschlechtsteile, die serosabekleideten Teile der Hoden; voll erwiesen ist diese Behauptung rücksichtlich des Magens, des Darmkanals und der Gallenblase.

Die bisherige allgemeine Auffassung, daß die genannten inneren Organe zwar im gesunden Zustande wenig oder keine Empfindung haben sollen, bei gewissen Krankheitszuständen, besonders akuten Entzündungen, aber im hohen Grade empfindlich werden können, hält Verf. für widerlegt durch seine in dieser und seinen bisherigen Arbeiten niedergelegten Beobachtungen.

Sicherlich haben wir in den eben erwähnten Verhältnissen eine zielbewußte Anordnung zu sehen. Der Nutzen, daß die Haut die vier Gefühlssinne zur Orientierung und Warnung hat, ist offenbar. Dagegen scheint es Verf. unmöglich zu verstehen, zu welchem Nutzen es dienen sollte, wenn eines von den inneren Organen einen oder mehrere dieser Sinne hätte. So z. B. das Gehirn, die Lungen, das Herz, die Leber, der Magen-Darmkanal, der Uterus, die Knochensubstanz, das Knochenmark oder die Knorpel.

Dagegen ist es leicht einzusehen, daß es dem einzelnen Individuum zu augenscheinlichem Vorteil gereicht, wenn die unempfindlichen, aber für die Fortdauer des Lebens absolut nötigen inneren Organe von Hüllen eingeschlossen sind, deren Schmerzsinn ausgeprägt ist (Periost, seröse Gelenkkapsel, Pleura und Peritoneum parietale), welche die von außen kommenden schädlichen Eingriffe ankündigen und es möglich machen, ihnen zu entweichen oder sie abzuwehren.

Hansson (Cimbrishamn).

---

2) Handbuch der orthopädischen Chirurgie (in Verbindung mit 14 Fachmännern), hrsg. von Prof. Dr. Joachimsthal in Berlin. Lief. 1 u. 2.

Jena, **Gustav Fischer**, 1905.

Es ist sicherlich kein bloßer Zufall, daß die Gründung der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und das Erscheinen des Handbuches der orthopädischen Chirurgie zeitlich ungefähr zusammenfallen. Beide Ereignisse sind als der Ausfluß derselben Bestrebungen, wie sie auch auf anderen Gebieten hervortreten, der »Sammlung« aufzufassen. Die Zusammenschließung und Zusammenfassung auf der einen Seite involviert aber auch Trennung und reinliche Scheidung auf der anderen Seite. Dabei ist von vornherein eine klare Auseinandersetzung der Ziele und Wege der neuen »Genossenschaft« unbedingt notwendig.

Bei Herausgabe des neuen Werkes wurde aus der Zahl der 14 Mitarbeiter Riedinger damit betraut, zunächst den grundsätzlichen Standpunkt, von dem man ausgeht, festzulegen. So hat dieser Autor im I. Kapitel des allgemeinen Teiles: »Wesen, Ursachen und Entstehung der Deformität«, genau den Inhalt der Orthopädie präzisiert.

Er faßt die Orthopädie auf als die Lehre von den Deformitäten, sowohl was Pathologie als Therapie derselben betrifft.

Andry hatte 1741 den Namen Orthopädie geprägt. Von diesem Zeitpunkt an wird von Riedinger die historische Entwicklung der Theorie der Deformitäten bis in die neueste Zeit verfolgt. Die Theorien Delpech's und Duchenne's, Hüter's und Volkmann's, Henke's und Wolff's werden kurz und klar zusammengestellt und gegeneinander abgewogen, wobei auch andere Autoren, die zum Ausbau oder zum Niederreißen der einen oder anderen Lehre beigetragen haben, gewürdigt werden. Am Schluß des Abschnittes über das Wesen der Deformitäten formuliert Riedinger dieses in folgenden Sätzen: »Das Wesen der Deformitäten besteht demnach einerseits entweder in einer Änderung der Wachstumsrichtung des ganzen Knochens oder in einer krankhaften Reaktion des Knochengewebes auf die Belastung, andererseits in Fixation der Gelenke in Beugestellung. Somit teilen wir die Deformitäten nach dem Wesen derselben ein in Belastungsdeformitäten und in Kontrakturen. Die Veranlassung zur Verkrümmung ist stets auf die Wirkung äußerer Kräfte zurückzuführen. Die Pathogenese der Deformitäten ist demnach in erster Linie eine mechanische; und zwar beruhen die Belastungsdeformitäten auf einer Störung der statischen und die Kontrakturen in einer Störung der dynamischen Funktionen des Bewegungsapparates.«

Es folgt dann der größere Abschnitt über die Ursachen der Deformitäten (der angeborenen und erworbenen) mit den verschiedenen Gruppen, hier der intra-uterinen Belastungsdeformitäten und Kontrakturen, dort der traumatischen, konstitutionellen, statisch habituellen, sekundär entzündlichen Belastungsdeformitäten und Kontrakturen.

Hieran schließt sich der Abschnitt über die Entstehung der Deformitäten. Mit besonderer Berücksichtigung der unteren Extremitäten. Indem diese als Paradigma des elastischen Trägers ausgewählt werden, erörtert Riedinger zunächst die Begriffe der Festigkeitslehre: Strebfestigkeit, Druckfestigkeit, Knickfestigkeit usw. Nach ihrer Definition werden diese herübergenommenen Fachausdrücke für die Orthopädie verwertet, und so wird die Änderung der Knochenform bei Belastungsdeformitäten hauptsächlich als Resultat der Überwindung der Druckfestigkeit hingestellt.

Die Entstehung der Kontrakturen wird an der Hand der bekannten Einteilung in arthrogene, myogene usw. verfolgt. Den arthrogenen wird eine besonders ausführliche Besprechung gewidmet; dabei wird der Einfluß des Willens und Reflexes einerseits und des Füllungsgrades des Cavums auf die Gelenkstellung andererseits diskutiert.

Im II., III. und IV. Hauptabschnitt des allgemeinen Teiles folgt dann die Behandlung der Deformitäten:

die mechanische durch Massage und Gymnastik von Krukenberg,
die orthopädische durch Verbände und Apparate von Heusner,
die operative an den Weichteilen von Lange,
die operative am Skelettsystem von Hoffa.

Am Schluß eines jeden Abschnittes oder Unterabschnittes findet sich ein genaues Literaturverzeichnis.

Gerade dieses Literaturverzeichnis ist die Erfüllung der längst gehegten Sehnsucht eines jeden Fachmannes. Bis jetzt konnte man in bezug auf die orthopädische Literatur nur sagen:

»Wie schwer sind nicht die Mittel zu erwerben,
Durch die man zu den Quellen steigt.«

An der Hand dieser Literaturangaben jedoch und der des »neuen Hoffa« wird es jetzt geradezu ein Vergnügen werden, an den Quellen zu forschen.

Es ist schwer, aus der Fülle des Gegebenen bei diesem beschränkten Raum auch nur das Wichtigste hier zusammenzustellen, aber es werden alle darin übereinstimmen, daß mit den erschienenen Abschnitten uns ein ausgezeichnetes wissenschaftliches Hilfsmittel beschert ist, und daß wir mit freudiger Spannung den weiteren Lieferungen entgegensehen.

Wir müssen es unter anderem auch dankbar begrüßen, daß in dem ersten Riedinger'schen Abschnitt das Arbeitsgebiet der orthopädischen Chirurgie genau abgegrenzt ist und vagen und falschen Vorstellungen und Gelüsten intra et extra muros, hauptsächlich in bezug auf Mittel und Wege dieser neuen Disziplin der Boden entzogen wird.

Zahlreiche, klare und kritisch ausgewählte Illustrationen tragen zur leichteren Lesbarkeit und zum schnelleren Verständnis des Erörterten wesentlich bei.

Was Ausstattung, Druck und Illustration anlangt, braucht man nur darauf hinzuweisen, daß das Werk im Verlage von Gustav Fischer erscheint.

Ludloff (Breslau).

---

3) **Hoffa** und **Rauenbusch.** Atlas der orthopdäischen Chirurgie in Röntgenbildern. Mit 180 Lichtdrucktafeln. Lieferung 2—4.

Stuttgart, **F. Enke,** 1905.

In den vorliegenden drei Lieferungen bringen Verff. zuerst Bilder tuberkulöser Spondylitis. Den breitesten Raum nehmen Bilder angeborener ein- und doppelseitiger Hüftverrenkungen der verschiedenen Typen, auch nach gelungener Reposition, ein. Ihnen reihen sich Bilder paralytischer und pathologischer Verrenkung an. In einem ganz kurzen Abriß über die angeborene Hüftverrenkung werden die vier Typen derselben skizziert.

Einer allgemeinen, kurzen Charakteristik der Coxa vara folgen Bilder solcher, darunter auch von angeborener.

Bei Tafel XXXI ist rechts und links verkehrt.

Renner (Dresden).

---

4) **P. Gamescasse** und **R. Lehmann.** La chirurgie enseignée par la stéréoscopie, guide des opérations courantes avec 40 photogravures.

Paris 1906.

Nicht die gesamten landläufigen Operationen sind, wie man dem Titel nach erwarten sollte, beschrieben, sondern lediglich zehn willkürlich herausgegriffen worden, und zwar zusammenhanglos aus allen Gebieten der Chirurgie: der Leistenbruch, die vaginale Uterusexstirpation, Curettement, Adnexoperation, Fixation des Uterus, Mammaamputation, Unterschenkelamputation, Appendicitis, Bursitis praepatellaris, endlich die Entfernung eines Lipoms. Verff. geben bei den einzelnen Operationen im Text zunächst eine kurze Beschreibung der Anatomie der betreffenden Gegend, dann eine Übersicht der notwendigen Instrumente und der Assistenz, sowie des Operationsverfahrens. Schließlich ist die technische Ausführung der einzelnen Operationsakte schematisch dargestellt und durch stereoskopisch aufgenommene Bilder erleutert. Verff. wollen durch diese Bilder denjenigen Studenten, welche keine Gelegenheit haben, selbst zu assistieren und die Operationen aus der Nähe zu sehen, dieselben vielmehr aus weiterer Entfernung und deshalb nur weniger deutlich verfolgen können, die Möglichkeit geben, sich an diesen Bildern die Technik im einzelnen klar zu machen. Zugegeben muß werden, daß die Hände der Assistenten und die Instrumente scharf und plastisch hervortreten, nicht indes die einzelnen Gewebschichten und operierten Teile. Auch ein geübteres Auge kann sich hier schwer orientieren. Das Buch dürfte kaum die bei uns üblichen Operationskurse, bei welchem jedem Gelegenheit gegeben ist zu operieren und zu assistieren, auch nur annähernd ersetzen.

Coste (Straßburg i. E.).

---

5) **Pusey.** The use of X-rays in carcinoma.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

Verf. legt seinen Standpunkt bezüglich der Anwendung der Röntgenstrahlen bei Karzinomen folgendermaßen dar. Die Röntgenstrahlen sollen 1) in Anwendung kommen bei allen inoperablen Geschwülsten mit Ausnahme derjenigen, welche in den Körperhöhlen ihren Sitz haben und bereits Metastasen machten, 2) bei allen Epitheliomen, bei welchen es noch nicht zur Drüsenschwellung gekommen ist. Im Fall 2 ist die Bestrahlung nach P. der chirurgischen Behandlung vorzuziehen, da die zurückbleibende Narbe weicher und die ganze Behandlung schonender ist. Mehrere derartig bis zur Dauer von 3 Jahren geheilte Fälle, sowie Heilungen inoperabler Geschwülste durch Röntgenstrahlen von 1—3jähriger Dauer werden erwähnt. In allen den Fällen, welche nicht unter Nr. 1 und 2 fallen, ist die chirurgische Behandlung vorzuziehen.

Herhold (Altona).

---

6) **J. H. Abram.** The acid extract of the duodenal mucous membrane as a remedy in diabetes mellitus.

(Lancet 1906. Januar 27.)

Obwohl mehr oder weniger ein »medizinisches« Leiden, hat doch der Diabetes mellitus gar nicht selten in der Serie der »chirurgischen« Krankheiten einen bedeutsamen Platz, und es mag also angebracht erscheinen, auch hier über einige von Verf. mit einem neuen Verfahren und mit beinahe wunderbarem Erfolge behandelte Fälle zu berichten.

Verf. baute auf der Arbeit von Bayliss und Starling auf, welche zeigte, daß der Kontakt von Salzsäure mit den Epithelien des Duodenums in diesen die Produktion eines Körpers bewirkt, welcher, in den Blutkreislauf absorbiert und in das Pankreas hineingetragen, dort als spezifischer Sekretionsreiz fungiert. Verf. stellte sich also ein saures Extrakt der Duodenalschleimhaut her, das er Diabeteskranken verabreichte. Näheres will er demnächst in dem Bio-chemical Journal mitteilen.

Verf. hat den englischen medizinischen Gesellschaftsberichten gemäß zuerst seine Methode in der Liverpool medical institution mitgeteilt, wo besonders ein geheilter sehr jugendlicher Fall, von 7 Jahren mit anfänglich 8,3% Zucker, das Erstaunen der Fachgenossen erregte.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

7) **O. Vulpius.** Über die orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen. 32 S.

Leipzig, **B. Konegen,** 1905.

Zweck des vorliegenden Schriftchens ist es, die in der allgemeinen Praxis stehenden Kollegen über den heutigen Stand der Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen, welche Verf. mit Recht »das tägliche Brot der Orthopädie« nennt, kurz zu orientieren, da ja gerade deren Mitwirkung durch frühzeitige Diagnosenstellung und Anwendung prophylaktischer Methoden von so weittragender Bedeutung in der Bekämpfung der häufigsten Wirbelsäulenerkrankungen ist.

Auf wenigen Seiten schildert V. Symptome, Therapie, Prophylaxe der verschiedenen Formen der Kyphose, Spondylitis, Skoliose.

Über die Anwendbarkeit des Stützkorsetts, über die Notwendigkeit, in der Schulhygiene diesem Gebiete ganz besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, und über den Gang der Untersuchung auf Skoliose äußert er sich in beachtenswerter Weise.

Zur Behandlung mit Redressionsgipsverbänden berechtigen nur die schweren Skoliosefälle. Auch den Aussichten einer Anstaltsbehandlung bei den verschieden Stadien der Skoliose widmet V. einige Worte.

Renner (Dresden).

---

8) **K. G. Lennander.** Schmerzen im Bauche, ein Versuch, einige davon zu erklären.

(Upsala Läkareförenings Förhandl. N. F. Bd. X. p. 465. [Schwedisch.])

Die Arbeit enthält in übersichtlicher Form die Resultate, zu denen Verf. in seinen, man könnte wohl sagen experimentell physiologischen und pathologischen Forschungen im Gebiete der Sinnesempfindungen der Organe und Gewebe während chirurgischer Operationen gelangt ist. Verf. stellt im Anfang der Arbeit die Hypothese auf, daß keins der Organe, die nur vom Nervus sympathicus oder vom Nervus vagus nach dem Abgang des Nervus recurrens innerviert sind, irgendeine der vier bekannten Sensibilitätsqualitäten, Schmerz-, Druck-, Wärme- oder Kältesinn, besitzt und zeigt, unter Hinweisung auf frühere Arbeiten, daß er seine Behauptung hinsichtlich einer beträchtlichen Zahl der Bauchorgane bewiesen hat. Die Erklärungen Verf.s in einem Referate, auch nur andeutungsweise, wiederzugeben, verbietet sich von selbst, ebenso seine polemischen Entgegnungen der Willm'schen und Nothnagel'schen Ansichten; die Arbeit muß im Original gelesen werden (eine deutsche Übersetzung wird zunächst in den »Grenzgebieten« versprochen).

Sowohl die akuten als die chronischen Erkrankungen müssen wir Ärzte besser lokalisieren lernen, als es bisher der Fall ist. »Laßt uns nicht die Morphiumspritze hervorholen und laßt uns keinen Pat. mit Schmerzen im Bauche eher verlassen, als bis wir dieselben erforscht haben und wissen, was sie bedeuten.« Es wird sicher gelingen, einen großen Teil der Unbehaglichkeiten zu verstehen und erklären, die wir jetzt mit der Redensart »Nervosität« von uns schieben. Der Schlüssel zu frühzeitiger Diagnose und nachhaltiger Hilfe wird uns oft dadurch gereicht. **Hansson** (Cimbrishamn).

---

9) **G. Kelling.** Über die Sensibilität im Abdomen und über den MacBurney'schen Druckpunkt.

(Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. XI. Hft. 6.)

K. schließt sich im allgemeinen der Lennander'schen Auffassung an, daß die Eingeweide selbst, ob gesund oder krank, gegen Druck unempfindlich sind. Nun ist bei jeder Schmerzempfindung in der Bauchhöhle zu berücksichtigen, daß die Irradiation eine große Rolle spielt. So hat K. auf Irradiation nach der rechten Schulter hin öfter die Diagnose auf Verwachsungen von Darm mit der Leber stellen und die Diagnose durch die Operation bestätigen können. Die Empfindung für Druck liegt immer in der Tiefe, worauf schon Strümpell hingewiesen hat, die Berührungsempfindlichkeit liegt in der Haut. Druckpunkte und Head'sche hyperästhetische Zonen sind also voneinander zu trennen.

K. hat sich überzeugen können, daß der MacBurney'sche Druckpunkt ein rein nervöser Druckpunkt ist, und daß die weit verbreitete Annahme irrig ist, daß man bei palpatorischer Empfindlich-



keit dieser Stelle immer den empfindlichen Wurmfortsatz unter den Fingern hat. Für seine Ansicht spricht, daß Empfindlichkeit des MacBurney'schen Punktes bei einer Reihe anderer Erkrankungen besteht (Pneumonie, Cholelithiasis, Gicht, Bleikolik, Salpingitis, Oophoritis, Magen- und Darmleiden, Harnleiden, Verwachsungen und Neurosen). Außerdem ist K. bei Einstoßen einer gefärbten Nadel im MacBurney'schen Punkt an Leichen auf sympathische Nervenplexus im Ileum-Coecumwinkel gekommen, und er ist der Ansicht, daß diese Ganglien die Ursache der Druckempfindlichkeit dieser Gegend abgeben. Dieser Plexus hängt einerseits mit dem Plexus mesentericus superior und durch diesen mit dem Plexus coeliacus im Epigastrium, andererseits dem sogenannten Plexus coeliacus dexter am Pankreas und Duodenum zusammen. Letztgenannter Plexus steht mit den Interkostalnerven in Verbindung, und so können an den Stellen, an denen diese Nerven die Fascie durchsetzen, am Rücken und an der vorderen Bauchwand auch Druckpunkte entstehen.

Die sympathischen Plexus werden durch entzündliche Vorgänge in Reizzustand versetzt. So erklärt sich bei Appendicitis der Schmerz vom Plexus ileo-colicus. Von dort aus strahlen Schmerzen in die zusammenhängenden anderen Plexusgebiete. Man braucht also nicht mit Lennander für die Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend bei Appendicitis anatomische Ursachen anzunehmen.

Nun kann es vorkommen, daß infolge entzündlichen Ödems der zuerst ergriffene Plexus anästhetisch wird, während die anderen Plexus noch empfindlich bleiben. Dann hat man die auffallende Erscheinung, daß z. B. ein Gallensteinanfall ohne Schmerzen in der entzündeten Gallenblase verläuft.

K. hält also für wichtig, bei Untersuchungen zu unterscheiden zwischen Sensibilität der Haut, Druckpunkten der Muskulatur und solchen auf der Beckenschaufel, alles im Vergleich zur symmetrischen Gegend. Maßgebend für die Diagnose, besonders bei Appendicitis und Cholelithiasis, kann nicht der Schmerz, sondern nur ein tastbarer anatomischer Befund sein. Bei fehlendem anatomischen Befund soll man die ernstere Krankheit, die Appendicitis, annehmen und danach handeln.

E. Moser (Zittau).

---

10) **E. Haim.** Die Epityphlitis in Wechselbeziehungen zu ihren bakteriellen Erregern.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 2 u. 3.)

H. will in vorliegender Arbeit zeigen, daß die durch verschiedene Mikroorganismen erzeugten Appendicitiden voneinander verschiedene und abgegrenzte Krankheitsbilder darbieten, die sich in bezug auf pathologischen Befund, Verlauf, Ausgang voneinander wesentlich unterscheiden. Seine Untersuchungen bestanden darin, daß von sämtlichen in der letzten Zeit beobachteten akuten Fällen Kulturen vom Wurmfortsatzinhalt und vom Exsudat der Bauchhöhle angelegt und auch mikroskopische Deckglaspräparatstudien gemacht wurden. Von den

Anaeroben wurde dabei abgesehen, da Verf. ihnen keine wesentliche Rolle in der Ätiologie der Epityphlitis beimißt. Die Streptokokkenepityphlitiden stellen jene Fälle dar, welche schon früheren Beobachtern durch ihren rapid zum Tode führenden Verlauf imponiert haben, bei denen der lokale Befund sehr gering, die Allgemeinsymptome sehr ausgesprochen sind, und die seitens der Franzosen zur Aufstellung der toxischen Epityphlitis geführt haben. Von den hierhergehörigen zwölf Pat. starben sieben. Der Wurmfortsatz und das benachbarte Gewebe ist bei dieser Streptokokkeninfektion ernster affiziert, der gangränöse Bezirk kleiner als bei der Infektion mit Colibakterien und Staphylokokken. Der Schmerz ist in den ersten 6—14 Stunden heftig, er wird immer geringer, je mehr die Nekrose fortschreitet. Bei Durchbruch in die freie Bauchhöhle treten in wenigen Stunden heftigste Intoxikationserscheinungen auf, hoher Puls, ängstlicher Gesichtsausdruck, Tympanie. Im Bauchfell findet sich dabei nur wenig Eiter; derselbe hat das trocken granulierte Aussehen wie beim Wochenbettfieber. Betroffen werden hauptsächlich jugendliche Individuen, besonders nach Streptokokkenangina; u. zw. sowohl durch Verschlucken des infektiösen Belages, wie durch Infektion auf dem Blutwege. Zweimal beobachtete Verf. in der Typhusrekonvaleszenz eine solche Halsentzündung mit folgender Peritonitis und tödlichem Ausgang. Meist vollzieht sich die Streptokokkeninfektion in einem schon zuvor erkrankten Wurmfortsatz. Die Krankheit beginnt gewöhnlich ohne Prodromalsymptome mit hohem Fieber und Schmerzen im Leibe und endet rasch mit dem Tode; nur in wenig Fällen von geringerer Virulenz der Streptokokken kommt es zu einem abgesackten Abszeß. Doch sind das nur Ausnahmefälle. Der Wurmfortsatz zeigt im Anfange eine lebhaft injizierte Serosa, ist etwas geschwollen, prall, oft erigiert und enthält eine serös-hämorrhagische Flüssigkeit, manchmal auch ein oder zwei miliare Geschwüre. Besonders pathognomonisch für diese Fälle nennt H. eine umschriebene stecknadelkopfgroße Perforation an einem sonst nicht sehr veränderten Wurmfortsatz. Die Därme sind frei von Fibrin, das Exsudat ist spärlich, oft der Peritonealüberzug eigentümlich trocken, matt und glanzlos. Differentielldiagnostisch wichtig für diese Form ist die Schwere der Allgemeininfektion bei unbedeutenden lokalen Symptomen, die rapide Verschlimmerung und hohe Pulsfrequenz. Die Prognose ist ungünstig, die Operation muß möglichst frühzeitig ausgeführt werden.

Das Bakterium coli als alleiniger Erreger der Appendicitis wurde in 28 von 81 Fällen gefunden. Bei dieser Form der Erkrankung sind nicht wenige Pat. beteiligt, die einem höheren Alter angehören. Viele haben schon mehrere Anfälle durchgemacht. Die Infektion verläuft subakut oder chronisch; Dämpfung und Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend sind gewöhnlich sehr deutlich, oft bestehen Reizsymptome von seiten der Blase und des Mastdarmes. Die Fälle von Coliappendicitis, die stürmischer verlaufen, können der durch Streptokokken veranlaßten gleichen, doch sind selbst bei gleichzeitiger Peri-

tonitis die klinischen Erscheinungen weniger alarmierend und bedrohlich. Eine Coliinfektion ist besonders dort anzunehmen, wo unter mäßig verlaufendem Fieber sich allmählich in der Ileocoecalgegend eine deutlich abgegrenzte Geschwulst bildet und im weiteren Verlauf in der Regel ein abgesackter Abszeß entsteht. Der Wurmfortsatz ist bei Coliinfektion am meisten verändert, oft ganz gangränös, in Schwielen eingebettet und mit der Umgebung verwachsen. Die Coliperitonitis gibt sich gewöhnlich durch eine hohe Flankendämpfung zu erkennen. Die Prognose ist bei dieser Art im allgemeinen eine günstige, sowohl für die lokalisierte wie für die diffuse Peritonitis. Man kann bei ihr auch abwartendes Verfahren beobachten und sieht unter konservativer Behandlung oft die entzündliche Geschwulst rückgängig werden. Im übrigen gelten natürlich auch hier die allgemeinen Prinzipien der Appendicitisbehandlung.

Weiterhin beobachtete H. vier Fälle von Pneumokokkenappendicitis, welche durch besondere Schwere des Allgemeinzustandes ausgezeichnet waren, insofern Benommenheit, Apathie, Kopfschmerzen und Somnolenz auftraten, so daß ein dem Typhus abdominalis ähnliches Krankheitsbild entstand. Der Wurmfortsatz ist ähnlich wie bei der Streptokokkenappendicitis verändert. Das Blutbild zeigt neben einer ausgesprochenen Leukocytose ein reiches Fibrinnetz. Der Verlauf ist ein sehr schwerer. Die Infektion dürfte wohl meist von dem Magen-Darmkanal aus erfolgt sein.

Verf. erwähnt dann weiterhin die durch Influenzabazillen und den Proteus verursachte Wurmfortsatzerkrankung, von der er keinen Fall beobachtet hat. Auch die Staphylokokkenappendicitis ist selten. Er sah nur vier Fälle davon.

Dagegen ist die Mischinfektion von Streptokokken und Bakterium coli eine ziemlich häufige. Das Bild, welches sie darbietet, ist eine getreue Kombination der Symptome, wie sie bei den beiden durch alleinige Infektion mit Colibakterien oder mit Streptokokken bedingten Epityphlitiden vorkommen, also einerseits Ausbildung einer begrenzten Geschwulst, Hervortreten lokaler Symptome, andererseits schweres Allgemeinbefinden, Neigung zu diffuser Peritonitis. Die Prognose ist als eine ziemlich ungünstige anzusehen. Sie steht in der Mitte zwischen der reinen Coli- und der reinen Streptokokkenperitonitis. Von sonstigen Mischinfektionen wurden noch folgende Fälle beobachtet: Streptokokken mit Pneumokokken, Bakterium coli und Staphylokokken, Strepto- und Staphylokokken, Colibakterien mit Diplokokkus pneumoniae.

Auch experimentell ist es dem Verf. gelungen, durch Injektion verschiedener Mikroorganismen in den abgebundenen Wurmfortsatz des Kaninchens ähnliche Bilder von Appendicitis zu erzeugen, wie er sie beim Menschen beobachtet hat. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

11) Perrone. Appendicite et fièvre typhoide, appendicite paratyphoide de Dieulafoy.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 11.)

Perforation des Processus vermiformis bezw. von ihm ausgehende Bauchfellentzündung ohne Durchbruch im Anschluß an Typhus kann entweder durch charakteristische typhöse Erkrankung des follikulären Apparates des Wurmfortsatzes oder eine gewöhnliche Appendicitis bedingt sein. Typhöse Geschwüre des Wurmfortsatzes sollen nach Nacke unter 133 Perforationen 15mal vorgekommen sein. Die zweite von Dieulafoy als »Appendicite paratyphoide« bezeichnete Form der Entzündung des Wurmfortsatzes steht in keiner Beziehung zum Paratyphus, vielleicht nicht einmal direkt zum vorausgegangenen oder bestehenden Typhus, sondern stellt mehr ein zufälliges Zusammentreffen dar. P. teilt drei Fälle ausführlich mit, wo die Typhusrekonvaleszenz durch Hinzutreten von Salpingitis und Appendicitis gestört wurde. Die Präparate wurden sorgfältig bakteriologisch und mikroskopisch untersucht; es wurden keine Typhus-, sondern Kolibazillen, Bac. fragilis, perfringens, Streptokokken und Diplostreptokokken, follikuläre Geschwürchen, Lymphangitis und Hämorrhagien gefunden — also mehr oder weniger akute Katarrhe.

Somit sind es Fälle der zweiten (sog. paratyphoiden) Form, die hier beobachtet wurden. Die Behandlung wird wohl immer die gleiche sein müssen, d. h. die Vornahme der Frühoperation, weil trotz mancher Unterschiede im Krankheitsbild die Appendicitis vom späten Durchbruch eines Darmgeschwüres nicht sicher zu trennen sein wird.

Christel (Metz).

---

12) Munro. Lymphatic and hepatic infections secondary to appendicitis.

(Annals of surgery 1905. November.)

Subphrenische Abszesse infolge Appendicitis können entstehen 1) durch Eiterinvasion in das retrocoecale Zellgewebe und Weiterverbreitung in demselben nach oben auf dem Lymphwege; 2) durch Ausdehnung und Übergreifen eines vorher bestehenden Leberabszesses, 3) durch direkte peritoneale Infektion (durch Appendicitis). Die retroperitonealen Lymphgefäße erstreckten sich von der Blinddarm- zur Rippengegend, und zwar zu der Leber, dem Zwerchfell und der Brust. Die Lymphgefäße des Zwerchfells kommunizieren mit denen des Bauchfells (und auch mit denjenigen der Pleura; Ref.). Durch den Druck des im subphrenischen Raum auf dem Lymphwege nach Appendicitis vorhandenen Eiters kann es noch zu Leberabszessen kommen.

Appendicitis kann aber auch zu einer portalen Infektion und auf diese Weise zu Leberabszessen führen; diese Infektion geht meistens von einer im Mesenteriolum des Wurmfortsatzes vorhandenen Thrombophlebitis aus. Der rechte Leberlappen wird häufiger als der linke ergriffen, und manche auf Dysenterie zurückgeführte Leberabszesse

sind auf diese Weise durch eine Appendicitis entstanden. Kleine derartige Abszesse können resorbiert werden und ohne Operation heilen.

Die vorher erwähnte, infolge Appendicitis entstandene retroperitoneale Phlegmone kann bezüglich der Diagnose anfänglich Schwierigkeiten machen; Verwechslungen mit Typhus, Malaria, Pyämie usw. kommen vor. Bald führt aber die Vorwölbung des Rippenbogens, die Dämpfung über der tiefsten Lunge, die Rückenschmerzen usw. auf die richtige Fährte. Zwischen der über der unteren Lungengrenze gelegenen Dämpfung und dem eigentlichen Lungenschall findet man noch eine Zone tympanitischen Klanges, welche von Gasansammlung im subphrenischen Abszeß herrührt. Das Röntgenbild kann zum Erkennen des Abszesses nicht unerheblich beitragen.

Bei portaler Infektion sind die hervorstechendsten Symptome: Schüttelfrost, Gelbsucht, Druckempfindlichkeit der Leber, Ausdehnung der Hautvenen in der Lebergegend. **Herhold** (Altona).

---

13) **F. König.** Wann muß der Arzt auch in der Landpraxis zur Operation der Blinddarmentzündung raten?

(Therapie der Gegenwart 1905. Nr. 11.)

Verf. tritt in dem Aufsatze sehr für eine rechtzeitige Operation der Blinddarmentzündung ein, und zwar einerseits wegen der unzähligen Komplikationen, die durch die anatomische Lage und den Bau des Organs bedingt entstehen können, andererseits aber auch aus einer vom Chirurgen sehr häufig gemachten Erfahrung heraus, daß nämlich sog. geheilte Fälle, wenn sie im Intervall operiert werden, lange nicht als geheilt erscheinen.

Verf. rät, im schweren Anfall möglichst früh operieren zu lassen. Ferner soll im anfallsfreien Intervall operiert werden, wenn ein schwererer oder mehrere leichte Anfälle glücklich überstanden sind. Verf. widerrät, »das Hazard der konservativen Behandlung« zu riskieren.

Die Intervalloperation wird als eine segensreiche bezeichnet.

Silberberg (Breslau).

---

14) **L. Gratschoff.** Une nouvelle méthode de cure radicale des hernies inguinales.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 10.)

G. hält bei sehr schrägem Verlaufe des Leistenkanals das Vorhandensein eines Bruchsackes für belanglos zur Entstehung des Bruches, da der Innendruck die Wände zusammenhalte. Bei kleinen Brüchen verzichtet er also auf die Freilegung und Eröffnung des Bruchsackes und legt nur die Schenkel des Leistenringes bloß; etwa vorliegende Teile werden zurückgeschoben. Dann nimmt er einen Stahlbügel, dessen eines Ende mit Faden versehen ist, führt diesen mittels Nadel durch die Haut des inneren Wundwinkels, oberen und unteren

Schenkel mehrmals, und wieder heraus durch die Haut im äußeren Wundwinkel; dann wird der Faden gespannt und am anderen Bügelende befestigt. Von 44 so operierten Hernien rezidivierten 10; G. tröstet sich, daß er zuerst manchen ungeeigneten Fall operiert und von weiterer Übung bessere Resultate zu erwarten habe. Jedenfalls sei die Methode so leicht und gefahrlos, daß man unbedenklich das Rezidiv — wahrscheinlich dann nach einer alten Methode — operieren könne.

Christel (Metz).

---

15) **M. Bab.** Hopogan und Ektogan.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 45.)

Das Hopogan, das Superoxyd des Mg, wird bei Erkrankungen des Rachens, des Mundes, bei Stomatitis, Angina, bei Magenerweiterung mit Stauungs- und Gärungsprozessen, bei Magenblutung infolge von Karzinom und Geschwür, sowie bei Darmblutungen empfohlen. Verf. hat es bei infektiösen Prozessen der Harnwege angewendet, aber mit kleineren Dosen keine durchgreifende Besserung erzielt. Die Erfahrungen mit größeren Dosen stehen noch aus. Mit Ektogan, dem Superoxyd des Zinks, machte Verf. namentlich bei Unterschenkelgeschwüren gute Erfahrungen. Auch bei frischen und infizierten Wunden zeigte es eine gute desinfizierende Wirkung. **Langemak** (Erfurt).

---

16) **Beer.** Jaboulay's anatomic button.

(Annals of surgery 1905. November.)

Über seinen Darmknopf hat Jaboulay in Nr. 41 Jahrg. 1904 dieses Blattes selbst berichtet. Erwähnt werden mag, daß der äußere und innere Zylinder desselben einen Spalt besitzt und dadurch hauptsächlich eine Einführung durch eine kleine nur 1 cm große Darmöffnung möglich ist. Außerdem ist es nicht nötig, wie beim Murphyknopf, irgendeine Naht anzulegen. J. vollführte die Gastroanastomose mittels dieses Knopfes in 2 Minuten.

B. experimentierte mit diesem Knopfe an Hunden und fand, daß bei der Einführung die 1 cm große Darmöffnung sehr gespannt (bis zur Weite von 3 cm) wurde, und daß infolge dieser Überspannung häufig (in 28 Fällen 18mal) Risse der Serosa eintraten, welche Nähte erforderten. Verf. meint, daß beim menschlichen Darm nach den Veröffentlichungen Jaboulay's diese Zerreißungen vielleicht weniger häufig eintreten. Ein zweiter Nachteil des Knopfes ist der, daß er nicht leicht durch den After abgeht, sondern an der Stelle der Anastomose entweder fixiert bleibt oder in den Magen fällt (in 14 Fällen blieb er 8mal fixiert). Die Ursache liegt in einem Ausbleiben der Drucknekrose und in einem Vorfall von Schleimhaut in die Öffnungen der Zylinder, so daß die Schleimhaut des oberen und unteren Darmstücks verwächst.

Alles in allem sieht B. keine Vorteile in dem Jaboulay'schen Knopf vor der Naht und vor dem Murphyknopf. Nur in Fällen von

Magenkrebs, wo es auf eine besonders schnelle Anastomose ankommt, und wo es gleichgültig ist, ob der Knopf abgeht, mag er gut verwendbar sein.

Herhold (Altona).

---

17) **Elliot.** The management of certain critical cases of intestinal obstruction, with report of cases.

(Annals of surgery 1905. November.)

Nach E.'s Ansicht ist die Sterblichkeit nach Darmresektion mit sofortiger zirkulärer Naht der Enden bei Darmverschluß eine recht hohe (50—85 %). Er schlägt deswegen vor, die Darmresektion vorzunehmen, dann das Mesenterium der beiden Darmenden aneinander zu nähen und endlich die letzteren parallel nebeneinander gelagert in der Wundöffnung zu befestigen. Hat das Hindernis im Dünndarm seinen Sitz gehabt, und fürchtet man aus diesem Grunde eine mangelhafte Ernährung des Operierten, so soll der Inhalt aus dem zuführenden Ende in ein Glas geleitet und dann vermittels eines Nélatonkatheters und einer Spritze jedesmal in den abführenden Darmteil eingespritzt werden, sobald die Peristaltik des zuführenden Endes beendigt ist. Der Kunstafter wird dann nach 1—2 Monaten geschlossen. Drei derartig mit gutem Erfolg operierte Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Altona).

---

18) **Delatoure.** Angulation at the sigmoid.

(Annals of surgery 1905. November.)

Verf. hatte einmal am Lebenden und einmal gelegentlich einer Autopsie eine Knickung der Flexura sigmoidea beobachtet. In zwei anderen Fällen stellte er die Diagnose auf dieses Leiden daraus, daß hier nach vorübergehend angelegtem Blinddarmafter völlige Genesung eintrat. Diese Knickung des »Sigmoids« kommt häufiger nach D. vor als man annimmt, und sie wird meistens als Volvulus gedeutet. Die Ursache liegt oft in einem zu langen Mesosigmoid; infolgedessen senkt sich entweder der obere oder untere Teil der Flexura ins Becken, und die Knickung entsteht. Die Diagnose ist oft nicht leicht, Verwechslungen mit Karzinom, Volvulus und der von Reis beschriebenen Mesosigmoiditis (Annals of surgery 1905, Oktober) ist möglich. Die Symptome der Darmverschließung treten bei der Krankheit langsam ein, bei der rektalen Untersuchung fühlt man nur die geblähte und einen Druck ausübende Darmschlinge über dem Becken liegen. Blut oder Eiter ist im Mastdarm nicht vorhanden. Durch Klistiere in Knie-Ellbogenlage kann man versuchen, den Verschluß zu heben; gelingt das nicht, so muß am Blinddarm ein Kunstafter angelegt werden, welcher nach etwa 2—3 Monaten wieder geschlossen werden kann.

Herhold (Altona).

19) **Lenk.** Eine neue Palliativoperation bei benignen Mastdarmstrikturen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 26.)

Die Operation, welche L. mit gutem Erfolge bei drei Pat. ausführte, ist eine endorektale. Nach einigen Abführtagen und internen Opiumgaben wird der Darm mit 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung am Vortage der Operation auch oberhalb der Striktur gespült, dann $^3/_4$ m 10%iger Jodoformgaze durch die Striktur aufwärts geführt. Ein außen in der Kreuzbeingegend befestigter Faden verhütet das Aufwärtswandern des Tampons. Das gereinigte Operationsgebiet wird dick mit Jodoform eingepulvert. Unter Lokalanästhesie wird ein Stück der Innenhaut und des darunterliegenden, laut knirschenden Gewebes exzidiert; aus dem Narbenringe fällt ein 1,5 cm im Durchmesser betragendes Quadrat aus. Tamponade von 3tägiger Dauer. Dann Öleinlauf. Keine weitere Nachbehandlung.

Erfolg der Operation: tägliche beschwerdefreie spontane Entleerung ohne irgendwelche Diät; Verminderung der Proktitis, Hebung des Allgemeinbefindens und Körpergewichtes, 2jähriges Stehenbleiben des Schrumpfungsprozesses.

Verf. empfiehlt die Operationsmethode in geeigneten Fällen vor der Radikaloperation zu versuchen, da bei Ausbleiben des Erfolges der kurze Aufschub die Radikaloperation nicht unmöglich macht, und weil der Eingriff vier große Vorzüge hat:

1) Fast völlige Ungefährlichkeit der Exzision.
2) Fehlen jeder Schädigung des Sphincter ani.
3) Freier Kotweg in einigen Tagen ohne Nachbehandlung.
4) Möglichkeit der Wiederholung des Eingriffes, weil die Pat. so geringe Beschwerden davon haben, dem sie gern ihre Einwilligung geben.
5) Die einseitige Exzision läßt sich in einer Sitzung bei Strikturen bis zu 2 cm Höhe ausführen.

Langemak (Erfurt).

---

20) **J. Borelius.** Ist die Gallenblase bei gewöhnlicher Gallensteinoperation zu entfernen oder zu erhalten?

(Hygiea Jahrg. LXVII. p. 591. [Schwedisch.])

Im vorliegenden, in der Gesellschaft der Ärzte zu Lund gehaltenen Vortrage setzt Verf. die Ansichten auseinander, die gegebenenfalls für die Ektomie und die Cystostomie sprechen, und kommt zum Schluß, daß die Ektomie entschieden den Vorzug verdiene. Zugleich berichtet er über die an seiner Klinik gemachten Gallensteinoperationen in der Zeit von Juli 1898 bis Dezember 1904, die folgende Zahlen aufzuweisen haben. Cystostomien 28, Ektomien 48, Choledochotomien 10, atypische 7. Vor dem Jahre 1902 war die Cystostomie Normalverfahren; seither ist es die Ektomie. Die primären Resultate — nur 3 Todesfälle — sind mit den vom Verf. zitierten Kehr'schen

völlig vergleichbar. — Zuletzt wird die Rezidivfrage kurz gestreift und die Operationstechnik Verf.s ausführlich besprochen.

Hansson (Cimbrishamn).

---

21) **L. Ombrédanne.** Le broiement des calculs du cholédoque (cholédocolithotripsie).

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 11.)

Verf. versucht dem Notbehelfe den Wert einer Methode zu verleihen auf Grund von 39 aus der Literatur gesammelten Fällen, für die er noch dazu eine Mortalität von 0% und funktionell vollkommenes Resultate von 94% herausrechnet. Gegenüber den Vortreilen der Choledochotomie, die das Ausfließen infizierter Galle bedingt, hebt er als solche der Zertrümmerung die geringere Infektionsgefahr, geringere Dauer und die Umgehung der Fistel hervor. Freilich gibt er dann doch zu, daß auch Steine übersehen werden und geballte Trümmer von neuem den Kanal verstopfen können, und meint selbst, man solle an die Operation herantreten mit der Absicht einer Choledochotomie, sich aber bei fester Wandung des Ganges, noch kurzer Dauer des Leidens und solitärem Steine mit der Zerquetschung bescheiden; hierzu bediene man sich nur der Finger. **Christel** (Metz).

---

22) **B. G. A. Moynihan.** Remarks upon the surgery of the common bile duct.

(Lancet 1906. Januar 20.)

Nach eingehender Beleuchtung der anatomischen Verhältnisse des Ductus choledochus bespricht Verf. die an diesem Gang in Betracht kommenden Operationen bzw. chirurgischen Affektionen: 1) die Ruptur des Ganges; 2) den Choledochusstein; 3) die Striktur; 4) das Karzinom; 5) die Kompression des Choledochus von der Umgebung her. Bei Betrachtung jeder einzelnen Punkte finden wir nach der außerordentlich großen Erfahrung des Verf.s auf diesem Gebiet eine Fülle des Lesenswerten; nur einiges wenige mag hier hervorgehoben werden: Was die Diagnose der Choledochuserkrankungen angeht, so vermag Verf. das Courvoisier'sche Gesetz zu bestätigen: In Fällen von chronischem Ikterus, die auf Verlegung des Ductus choledochus beruhen, bedeutet Schrumpfung der Gallenblase Choledochusstein, eine Dilatation der Gallenblase eine andere Ursache als Stein.

An in Betracht kommenden Operationen werden besprochen: 1) die Choledochotomie; 2) die Choledochostomie; 3) die Choledochektomie; 4) die Choledochusplastik; 5) die Choledochoenterostomie. Für alle diese Operationen ist möglichste Zugänglichkeit zu den tief liegenden Partien wünschenswert. Der rechte Leberlappen ist nach oben zu schlagen event. durch die Wunde herauszuheben, die Gallengänge sind so zu strecken; das Operationsfeld ist gut abzudecken. Die Entfernung der gut aussehenden Gallenblase ist nach Verf. unangebracht

bei Choledochusstein und offenem Cysticus, sie wird dann einfach drainiert; ist die Gallenblase dagegen geschrumpft, so muß der Hepaticus vom Choledochus aus drainiert werden; dann wird die Gallenblase zweckmäßig entfernt. Ein Gummidrain ist stets nach diesen Operationen neben den Choledochus und in die obere Nierentasche zu führen.

In Fällen mit ausgedehnten Verwachsungen in und um die Gallenblase führt Verf. eine Operation aus, die er als »Rotation des Choledochus« bezeichnet, wobei nach seinen Angaben der Choledochus leicht zugänglich gemacht wird, ohne daß man Mühe hat, sämtliche Verwachsungen zu beseitigen. Alles in allem soll diese Operation nur $^1/_2$ Stunde Zeit erfordern. Näheres über ihre Ausführung siehe im Original.

Verf. gibt vor und nach den Operationen am Ductus choledochus einige Tage lang Urotropin 3mal $^1/_2$ g pro die. Er will damit eine schnellere Beseitigung der Infektion der Gallenwege erzielen.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

Kleinere Mitteilungen.

Ein neuer Separator für den Urin beider Nieren.

Von

Geh.-Rat Prof. Dr. **Heusner** in Barmen.

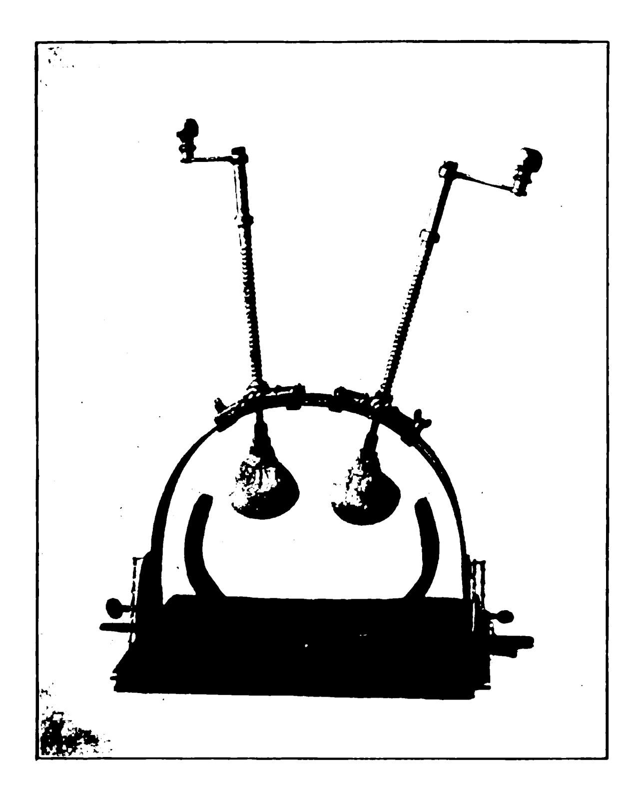
(Mitteilungen aus den ärztlichen Fortbildungskursen zu Barmen.)

M. H. Ich zeige Ihnen hier ein Instrument, welches bestimmt ist, den Urin aus beiden Nieren getrennt aufzufangen, für den Fall, daß der Ureterenkatheterismus oder die Separationsinstrumente von Luys und Cathelin aus irgendeinem Grunde nicht benutzt werden können. Der Apparat beruht auf der auch von anderer Seite, z. B. wie ich nachträglich erfuhr, von Nicolich in Triest und von Prof. Bier in Bonn, gemachten Beobachtung, daß es möglich ist, die Ureteren durch Druck von außen her abzuschließen. Bindet man bei einer Leiche die Ausflußspitze eines Irrigatorschlauches dicht unterhalb der Niere in einen Ureter und treibt durch Erheben des Gefäßes einen Flüssigkeitsstrom hindurch, so kann man durch Druck mit der Hand gegen die Bauchdecken ohne Schwierigkeit das Abfließen des Wassers in die Blase verhindern. Die Stelle, an welcher der Druck ausgeübt werden muß, entspricht der Nische seitlich vom 5. Lendenwirbel, wo der Ureter über den vom M. iliacus gebildeten Hügel zum kleinen Becken hinabsteigt.

Der Apparat besteht, wie Sie sehen, aus einem den Bauch überspannenden Metallbogen, welcher abnehmbar befestigt ist an einer zur Unterlage des Beckens bestimmten, mit Filz bedeckten Platte aus Eisenblech. Auf letzterer ragen zwei hohlhandförmig gebogene Pelotten für das Becken hervor, welche durch einen Schiebemechanismus gegeneinander bewegt und in jeder Entfernung festgestellt werden können. Auf dem Metallbogen ruhen zwei eiserne Schlitten, von denen jeder an seiner unteren Seite eine faustgroße Druckpelotte trägt, welche zur Kompression beider Ureteren bestimmt sind. Die sehr weich gepolsterten Pelotten sind drehbar auf den unteren Enden von Schraubenspindeln befestigt, die an ihrem oberen Ende Handgriffe zum Vor- und Rückwärtsdrehen besitzen. Die Schraubenspindeln sind am Schlitten mit einer Art Scharnier derart befestigt, daß sie nach Belieben senkrecht oder mehr wagrecht gegen den Bauch vorgetrieben werden können. Mit Hilfe der Schlitten können dieselben ferner einander genähert oder

voneinander entfernt werden, was für die Benutzung bei korpulenteren und schmäleren Personen notwendig ist.

Um Ihnen die Wirkung des Apparates am Lebenden zu demonstrieren, habe ich einen Pat. mitgebracht, der vor längerer Zeit wegen Urinverhaltung durch Tripperstriktur nebst Prostatahypertrophie in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Er litt außerdem an Schmerzen in der linken Lenden- und Rippengegend, die für eine Erkrankung der linken Niere zu sprechen schienen, und wegen deren eine getrennte Untersuchung des Urins dieser Seite wünschenswert erschien. Ein dickeres Instrument, wie es zur Cystoskopie oder zum Ureterenkatheterismus notwendig ist, einzuführen, wäre in diesem Falle nicht möglich gewesen. Dagegen gelang es uns, die Striktur allmählich so weit zu dehnen, um einen flachen Prostatakatheter Nr. 18 in die Blase vorschieben zu können, wie das auch jetzt in Vorbereitung unseres Versuches geschehen ist. Der Pat. wird also in den Apparat gelagert und mit Hilfe der Beckenfixatoren unter der Mitte des Torbogens festgehalten; dann die



Druckpelotten so eingestellt, daß sie zu beiden Seiten der Mittellinie in einem gegenseitigen Abstande der Spindeln von ca. 12 cm senkrecht gegen die Bauchoberfläche gerichtet sind. Die Pelotten liegen mit ihrem Mittelpunkte zweifingerbreit unterhalb des Nabels, mit ihren inneren Rändern fingerbreit von der Medianlinie entfernt auf der Bauchfläche. Die Ausflußöffnung des Katheters wird in ein graduiertes Reagensgläschen, welches in einem Becher vor der Harnröhre steht, abgeleitet, und nun zunächst konstatiert, wieviel Urin in einer bestimmten Zeit abfließt, wobei ich bemerke, daß der Pat. zur Beschleunigung des Versuches kurz vorher eine Flasche Bier getrunken hat. Wir konstatieren, daß nach fünf Minuten 34 ccm abgeflossen sind, eine Menge, die durch den Biergenuß außerordentlich gesteigert ist und die normale Absonderung um das 4—5fache übertrifft.

Nunmehr werden beide Ureteren durch erst rasches, dann langsamer fortgesetztes Herunterdrehen der Pelotten komprimiert, bis der Untersuchte anfängt, über starken Druck zu klagen. Der Urinausfluß sistiert alsbald bis auf einzelne zögernd entleerte Tropfen, die auch allmählich versiegen. Nunmehr wird die linke Pelotte geöffnet: Einige Augenblicke später entleert sich wieder Urin, und zwar wegen des vorhergegangenen Aufstauens zunächst in verstärktem Tempo, bis etwa nach 1 Minute ein verlangsamtes, gleichmäßiges Abtropfen eintritt. Der von nun an aufgefangene Urin ergibt in 5 Minuten 17 ccm; also genau halb so viel als bei der gleichzeitigen Entleerung beider Ureteren. Schon hiermit ist die übereinstimmende Leistungsfähigkeit der linken und rechten Niere dokumentiert; doch setzen wir den Versuch noch fort und drücken zunächst, um jeden Irrtum auszuschließen, den linken Ureter nochmals zu. Abermals konstatieren wir den beiderseitigen völligen Abschluß. Nunmehr wird die rechte Pelotte aufgeschraubt mit dem Ergebnis, daß $1^1/_2$ Minuten später das Abtropfen des Urins langsam beginnt und nach vorübergehender Beschleunigung zur Konstanz kommt, wobei in 5 Minuten 22 ccm, also etwas mehr als aus dem linken Ureter, abfließen. Dieses Plus ist vielleicht auf eine geringe Mehrleistung der rechten Niere, wahrscheinlicher auf eine Absonderungsschwankung infolge des Biergenusses zurückzuführen. Die Qualität beider Urinsorten erweist sich bezüglich des Aussehens, spez. Gewichtes, Fehlens krankhafter Beimischungen als normal. Die auffallende Erscheinung, daß erst $1^1/_2$ Minuten nach Freigabe des Ureters das Abträufeln aus dem Katheter seinen Anfang nahm, beruht wahrscheiulich auf einem durch den Pelottendruck veranlaßten krampfhaften Verschluß, da sie meist bei dem länger komprimierten Ureter in verstärktem Maße zu beobachten ist. Durch unseren Versuch ist also in einwandsfreier Weise die Möglichkeit, mit Hilfe des Apparates beide Ureteren sicher abzuschließen und den Urin jeder einzelnen Niere getrennt aufzufangen, nachgewiesen. Weniger leicht gelingt der Nachweis, ob eine etwaige Eiter- oder Blutzumischung zum Urin aus der Blase oder aus einer Niere stammt. Indessen wird man durch wiederholte Untersuchungen und Zuhilfenahme reinigender Ausspülungen auch hier in der Regel zum Ziele kommen.

So einfach die Handhabung des Apparates erscheint, so ist doch einige Übung und Erfahrung notwendig, um Fehlerquellen auszuschließen. Von den verschiedenen Kathetersorten haben sich uns flache seidene Prostatainstrumente mit doppeltem Auge am besten bewährt. Der Katheter muß während der ganzen Versuchszeit an der für den Ausfluß günstigsten Stelle liegen bleiben, da beim Vorgleiten desselben störende Abflußunterbrechungen eintreten. Nicht bei allen Personen wird durch das Einführen des Katheters die Blase vollständig entleert; es bleibt vielmehr öfters ein wenig Residualharn zurück, der zur Vermischung des Urins aus beiden Ureteren und zu Trugschlüssen Veranlassung geben kann. Es empfiehlt sich daher, in zweifelhaften Fällen die Blase nach der Entleerung mit physiologischer Kochsalzlösung auszuspülen, wonach dann höchstens eine leichte Verdünnung des gewonnenen Urins, aber keine Beimischung von Verunreinigungen aus der anderen Niere oder der Blase stattfinden kann.

Schließlich wäre noch über die praktischen Erfolge zu berichten, welche wir seither mit Anwendung des Apparates erzielt haben. Ich wünsche heute auf diesen Punkt nicht einzugehen, will aber nicht unerwähnt lassen, daß zu starke Kompression eines erkrankten Ureters eine längere Empfindlichkeit und selbst Ausscheidung von etwas Blut zur Folge haben kann, daß ich aber weitere nachteilige Folgen bis jetzt nicht beobachtet habe.

Für Kollegen, welche sich für das Instrument interessieren, bemerke ich, daß dasselbe bezogen werden kann von Herrn Fabrikanten Franz Stamm zu Ohligs bei Solingen.

---

23) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

152. Sitzung am 8. Januar 1906 im Krankenhaus Friedrichshain.

Vorsitzender: Herr A. Neumann.

1) Herr Seidel: Über das Überdruckverfahren zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen.

S. hat die physiologischen Grundlagen des Überdruckverfahrens durch Experimente an Hund und Kaninchen festzustellen gesucht und die Atmungs- und Kreislaufsverhältnisse mit und ohne Narkose studiert. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, daß das Überdruckverfahren das physiologischere ist; die Veränderungen, welche durch das Überdruckverfahren bedingt werden, sind aber bei richtiger Anwendung, d. h. wenn man möglichst geringen, zur Herstellung des Druckunterschiedes in Lunge und Pleura gerade ausreichenden Druck gebraucht und das Verfahren sofort beim Eintritt des Pneumothorax einleitet, so gering, daß sie bei der sonstigen günstigen Wirkung des Überdruckes nicht in Frage kommen. Aus diesem Grunde sei man berechtigt, das Überdruckverfahren auch beim Menschen zu erproben. S. demonstriert Präparate von vier Hunden, die er mit Hilfe des Überdruckverfahrens operiert hat; bei drei hat er eine Gastroösophagoanastomose mit Verlagerung des Magens in die Brusthöhle angelegt; die Tiere haben 2 bis 8 Monate gelebt; bei zweien haben sich große Zwerchfellhernien gebildet, die aber im Leben keine Erscheinungen gemacht haben. Dem vierten Hunde hat S. den linken unteren Lungenlappen reseziert und Naht am linken Ventrikel und Herzbeutelnaht gemacht; er lebte 8 Monate danach und ist, wie die übrigen, zur Erlangung des Präparates getötet worden.

Diskussion. Herr Borchardt wirft die Frage auf, ob sich die Nachteile des Überdruckverfahrens unter pathologischen Verhältnissen, bei kranken Lungen und Herzen, nicht mehr bemerkbar machen werden. Die Sauerbruch'sche Kammer habe sich bei Operationen an den Lungen in der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin sehr gut bewährt.

Herr Colmers berichtet über eine mit Hilfe des Überdruckverfahrens in der Heidelberger Klinik vorgenommene Operation wegen eines Lungentumors, die sich gut durchführen ließ. Pat. ging an einer Nachblutung zugrunde.

2) Herr Neumann: Zur Radikalbehandlung der Kolonkarzinome.

Bei der seit 15 Jahren beobachteten Konstanz der ins Krankenhaus Friedrichshain aufgenommenen Kolonkarzinome, der radikalen und palliativen Operationen wegen derselben, ist die Gesamtmortalität nur unwesentlich von 50% auf 40% in den letzten 3 Jahren, und zwar infolge häufigerer Radikaloperationen herabgegangen. N. verfügt über acht Fälle von Radikaloperation mit einem Todesfalle (12,5%). Die Besserung der Resultate erklärt sich aus der früheren Überweisung und der sorgfältigeren Auswahl der Fälle. Nicht operiert wurden alle Fälle, welche diffus in die Umgebung übergingen und unbeweglich waren. Es waren ein Karzinom des Colon ascendens, zwei des Colon transversum, eins des Colon descendens, vier des S romanum. Infolge ungünstigeren Verlaufes der beiden ersten Fälle, die primär durch Seit-zu-Seitanastomose vereinigt wurden — der eine starb an Herzschwäche, bei dem anderen platzte nachträglich die Darmnaht — wurde später vermieden, bei der ersten Operation den Darm zu resezieren und die Lichtungen sofort zu vereinigen. Wenn chronischer Ileus ohne Verdacht der Inkarzeration bestand, wurde grundsätzlich zunächst eine Coecalfistel angelegt zur Beseitigung der Kotstauung; sekundär wurde der kranke Darm durch Vorlagerung nach v. Mikulicz oder durch Resektion in situ und sofortige Naht entfernt. Nach v. Mikulicz wurde bei drei Fällen von Karzinom des S romanum operiert, die sich am besten dafür eignen. In zwei Fällen von Kolonkarzinom ohne Ileussymptome konnte der Darm durch Abführmittel genügend vorbereitet und der Sitz des Tumors genau festgestellt werden.

Diskussion. Herr Rotter hat seit 1903, wo er zuletzt seine Erfahrungen bekannt gegeben hat, 22 Fälle radikal operiert mit sechs Todesfällen = 27% Mor-

talität; ein Fall ist noch einige Zeit nach der Entlassung gestorben an Peritonitis. Die drei durch zirkuläre Naht ohne Kunstafter behandelten verliefen am schlechtesten; zwei Fälle von Resektion im S romanum zeigten Eiterung im Bereiche des Mesenteriums, der letale Peritonitis folgte; ein dritter Fall, Carc. coli pelvini, nach Schloffer operiert, hinterließ eine Eiterfistel, welche sich nicht schloß. Pat. starb etwa 1 Jahr p. op. an Metastasen. Besser verliefen die sofort zirkulär genähten, wenn vorher ein Kunstafter angelegt wurde; und zwar bevorzugte R. jetzt den Anus ilei, weil der Anus coeci sich schlechter schließt und viel Kot vorbei läßt; er legt ihn $^1/_2$ m oberhalb der Valvula Bauhini in Form einer Doppelflinte an; die drei Fälle (zwei S romanum, ein Angul. sin.) sind glatt geheilt. Am besten sei die seitliche Apposition; vier Fälle, welche die Resektion des Coecum, Colon ascendens, Angul. d. und des angrenzenden Colon transv. erforderten, wurden mit Einpflanzung des Ileum ins Colon transv. behandelt, von welchen ein Fall an Knickungsileus starb. Die isoperistaltische Anlagerung ist bei der Kürze des Mesenteriums manchmal nachteilig und unbequem, die nicht isoperistaltische Anlagerung leistete ebenso viel und wird von R. jetzt methodisch angewandt. Bei Resektion im Colon transversum mit zu weiter Diastase der Kolonenden wurde das Ileum ins S romanum eingepflanzt; die zunächst vorhandenen Diarrhöen schwanden allmählich. Am S romanum bewährte sich die seitliche Apposition am besten. Nach v. Mikulicz sind zehn Pat. operiert, drei sind gestorben, zwei infolge der Größe der Operation, einer bei der Operation infolge schlechten Allgemeinzustandes. Die übrigen verliefen gut. Der Vorteil der Methode ist die Kürze des Eingriffes, die Beseitigung der Gefahr der Peritonitis; am besten näht man die Darmschlinge auf eine größere Entfernung zusammen. R. bespricht sodann die Darmquetschen: die v. Mikulicz'sche sei zu klein, die Krause'sche gleite leicht heraus. R. hat eine größere Quetsche mit Zähnen anfertigen lassen, die wie die v. Mikuliczsche mit Stiften versehen ist; in einem Falle, bei einer Nachoperation wegen Darmstenose durch Verengerung der Anastomose, hatte die Anlegung der Klemme eine Perforation und Peritonitis zur Folge.

Diskussion. Herr Körte ist bisher noch nicht völlig überzeugt, daß mittels der zweizeitigen Methode und der präliminären Anlegung des Anus praeternaturalis bei der Operation der Kolonkarzinome so erheblich viel bessere Erfolge erzielt werden als mit der einzeitigen Operation (Resektion und Naht). Wenn Darmverschluß oder erhebliche Stauung oberhalb des Tumors besteht, dann ist die vorhergehende Anlegung des Anus praeternaturalis notwendig.

Bei den Fällen ohne Darmverschluß ist K. bei der einzeitigen Methode geblieben, legt bei unsicherer Naht einen Tampon bis nahe an die Resektionsstelle oder fixiert diese extraperitoneal. Wenn sich dann vorübergehende Kotfisteln bilden, so heilen sie spontan. Mehrfach hat er bei Coecumkarzinomen eine schwer zu beseitigende Füllung des distalen Darmendes mit zähem Inhalte gefunden. Gegen diese schützt auch die Anlegung des Anus praeternaturalis oberhalb der Striktur nicht. Bei den Coecalkarzinomen pflanzt er das Ileum seitlich in das Colon transversum ein; am Colon transversum wurde entweder zirkulär genäht (unsicher!) oder Seit-zu-Seit vereinigt, an der Flexura splenica ist Enteroanastomose zwischen Colon transversum und Flexur anzulegen, bei den Flexurkarzinomen die zirkuläre Vereinigung auszuführen, wenn sich die Darmenden gut vorziehen lassen. Bei tief im Becken gelegenen Tumoren ist jede Art der intraabdominellen Vereinigung unsicher.

Gegen die mehrzeitige Methode spricht die große Unbequemlichkeit der Kotfistel, zu deren Beseitigung dann oft noch mehrfache, auch nicht gefahrlose Eingriffe nötig sind. Die Narben werden ungünstiger. Man muß zum Vergleich alle die Nachoperationen bis zur völligen Heilung mit heranziehen. Erst größere Zahlenreihen der verschiedenen Methoden aus annähernd gleicher Zeit können beweisende Resultate geben. Bei kleineren Zahlenreihen sind zu viele Zufälligkeiten bestimmend. Hinsichtlich des Enterotoms spricht K. sich für das alte Dupuytren'sche Instrument mit gekreuzten Branchen aus, welches Dieffenbach schon sehr empfohlen hat.

Herr Rotter betrachtet die v. Mikulicz'sche Methode auch nur als ,willkommene Aushilfe bei ausgedehnterer Erkrankung.

Herr Martens meint, daß ein Kunstafter dicht am Hindernis dem Anus coeci und ilei vorzuziehen sei, um vollständige Entleerung des Darmes zu erzielen.

Herr Rotter weist darauf hin, daß man bei der Radikaloperation dann größere Schwierigkeiten habe, weil man im Schmutz operiere.

3) Herr Neumann: a. Magen- und Speiseröhrenverätzung.

N. hat bei einem 42jährigen Manne, der durch Salzsäure eine schwere Verätzung der Speiseröhre und des Magens erlitten hatte und der infolge der behinderten Nahrungszufuhr und durch eine schwere, durch Erbrechen eitrig-jauchiger Massen dokumentierte Mageneiterung äußerst heruntergekommen war, durch die 4 Wochen nach der Verätzung ausgeführte Jejunostomie einen sehr schönen Erfolg erzielt. Bei der Laparotomie fand N. den Magen ganz in die Zwerchfellkuppel zurückgesunken, geschrumpft und verdickt; ein Abszeß war nicht vorhanden. Jejunostomie nach Maydl (Durchtrennung der Schlinge, Einnähung des abführenden Schenkels in die Bauchdeckenwunde, des zuführenden in die Seitenwand des abführenden); die Jejunostomie funktionierte gut und brachte schnelle Erholung; die Speiseröhre wurde wieder für ein dünnes Bougie durchgängig, es wurde etwas Flüssigkeit geschluckt. Das Erbrechen sistierte, aber nur kurze Zeit; dann bestand wieder der alte Zustand, vor allem erbrach Pat. wieder eitrig-jauchige Massen. Bei einer zweiten Laparotomie am linken unteren Rippenrande fand N. den Magen in einen derben narbigen Strang verwandelt bis auf einen apfelsinengroßen Teil an der Cardia; hier pflanzte er eine genügend weit von der ursprünglichen Enteroanastomose gelegene Dünndarmschlinge mittels Murphyknopf ein. Schnelle Besserung, Aufhören des Erbrechens. Ernährt wurde der Kranke die ersten 5 Wochen von der Jejunostomie aus, nach weiteren 3 Wochen konnte er alle Speisen per os genießen. Die Jejunostomie wurde durch Resektion des eingenähten Darmstückes geschlossen, nachdem eine vorher gemachte Lappenplastik einen unbefriedigenden Erfolg gegeben hatte. Entlassung nach weiteren 7 Monaten mit einer Gewichtszunahme von 36 Pfund. Die Beschwerden beim Schlucken festerer Speisen wurden durch Bougiebehandlung fast ganz behoben.

b. Über Darmschüsse.

N. berichtet über drei in den letzten 3 Jahren behandelte Fälle von Darmschüssen, zunächst über zwei durch eine Revolverkugel von 7 bzw. 9 mm veranlaßte. Fall 1: Einschuß rechts einwärts der Spina il. ant. sup., acht Schußwunden im Darme, zwei im Coecum, sechs im Dünndarm; das Geschoß lag an der Radix mesenterii. Verschluß der Öffnungen 14 Stunden nach der Verletzung durch doppelreihige Naht, Kochsalzspülung. 3 Tage Wohlbefinden, dann Peritonitis wahrscheinlich infolge sekundärer Perforation. Tod am 7. Tage. Fall 2: Einschuß links unten, zwei Löcher im Dünndarme, durch Schleimhautprolaps verschlossen. Naht der Öffnungen $2^1/_2$ Stunden nach der Verletzung. Das Geschoß, an der Spitze eines Darmdivertikels liegend, wurde extrahiert. Kochsalzspülung. Glatte Heilung. Fall 3 war durch das Spitzgeschoß aus einer Browning-Schutzmannspistole veranlaßt, ein Nickelmantelgeschoß von 11,7 mm Länge und 7,8 mm Durchmesser und großer Durchschlagskraft. Die durch dasselbe entstandenen Wunden waren auffallend stark kontundiert. Einschuß links, etwas unterhalb des Nabels, klein, rund, geschwärzt. Ausschuß nicht größer über und vor dem linken Trochanter. Das Geschoß, in den Falten des Überziehers liegend, war kaum deformiert. Es fanden sich zwei Öffnungen im Kolon nahe beieinander mit starker Kontusion der Umgebung, zwei Löcher im Dünndarm und zwei im S romanum, die ungewöhnlich groß waren und infolge der starren, blutigen Infiltration des Darmes stark klafften und viel Darminhalt austreten ließen. Weiter hatte das Geschoß ein kreisrundes Loch der Fascia iliaca, eine Zertrümmerung des Musc. iliaca int., ein Loch in der Beckenschaufel gemacht und war durch die Gefäßmuskulatur nach außen passiert. Resektion der vorderen Wand des Colon transversum, eines 8 cm langen Stückes Dünndarm, eines 6 cm langen Stückes des S romanum im Bereiche der Schußkanäle. Vereinigung an den resezierten Schlingen durch

Murphyknopf. Kochsalzspülung. Verschluß der Bauchhöhle. Drainage der Schußkanäle. Der Verlauf war kompliziert durch eine Fasciennekrose mit ausgedehnter Eiterung am Oberschenkel nach Kochsalzinfusion und durch eine Ruptur der Bauchdeckennaht am 9. Tag; erstere erforderte ausgedehnte Spaltung, letztere wurde sofort durch Reposition der prolabierten Dünndarmschlingen und Tamponade beseitigt. Erster Stuhl am 3. Tage. Abgang der Knöpfe am 13. und 17. Tage. Heilung mit Bauchbruch, sonst völliges Wohlbefinden.

4) Herr Braun: Zur Frage der Enterostomie.

B. berichtet über weitere Erfahrungen mit der Schrägfistel nach Witzel bei sieben Fällen von mechanischem Darmverschluß. Am dankbarsten ist sie bei vorgeschrittenem Dünndarmileus ohne Gefahr der Darmgangrän, besonders da, wo entzündliche Verwachsungen zu Knickung und Ileus geführt haben; sie genügt hier zunächst der Indicatio vitalis; nach Abklingen der Ileuserscheinungen kann die Umgehung des Hindernisses durch Enteroanastomose ausgeführt werden. Demonstration dreier Kranker; einer hat noch eine wenig sezernierende Fistel, die wahrscheinlich mit Hilfe der Kauterisation zum Verschluß zu bringen sein wird. Um dauernde Fistelbildung zu vermeiden, legt B. möglichst kleine Öffnungen im Darm an mittels eines dünnen Trokars mit elastischer Kanüle, der durch eine Olive verschließbar ist, und bildet über ihm die Schrägfistel; die Gefahr des Dekubitus besteht bei Anwendung des Instruments nicht. Ungünstig sind die Bedingungen für spontanen Schluß der Fistel, wenn die Darmwand brüchig ist und die Wunde zur Ableitung eines Exsudats offen bleiben muß, weil die Nähte leicht durchschneiden; deshalb sei auch die Anwendbarkeit der Schrägfistel bei Peritonitis eine begrenzte im Gegensatz zu Lennander's und Krogius' Empfehlungen. Die direkte Ableitung der gestauten Zersetzungsprodukte aus dem aufgetriebenen Darm bei Peritonitis ist in Fällen mit umschriebener Lähmung und Abknickung lebensrettend, bei der großen Mehrzahl der Peritonitiden mit vollständiger entzündlicher Paralyse hat sie aber keinen wesentlichen Einfluß.

Unter 35 Blinddarm-Peritonitiden, die B. im Krankenhaus F. operiert hat, sind 13 geheilt; bei diesen brauchte nur dreimal gegen den Meteorismus vorgegangen zu werden, es genügte die Darmpunktion (einmal am Blind-, 2mal am Dünndarm). Am Dünndarm wurde einmal 8 Tage p. op. an einer in der Wunde liegenden Schlinge punktiert, es wurden viel Gase entleert und mit einer mittleren Punktionsspritze binnen $2^1/_2$ Stunden 480 ccm Dünndarminhalt aspiriert; sofortige Erholung, am nächsten Tag breiiger Stuhl. Im anderen Falle wurden mehrere Tage hintereinander Dünndarmpunktionen von der Wunde aus nötig. Demonstration der Kranken. Bei den 22 gestorbenen Pat. hat B. zweimal eine Kotfistel angelegt, einmal eine Dickdarmfistel; Tod am 13 Tage p. operat. — Das andere Mal eine Dünndarmfistel bei der Operation; der Pat., bei dem Meteorismus und Peritonitis zurückgingen, erlag 7 Wochen später bei der zum Schluß der Fistel vorgenommenen Nachoperation. Der Tod der übrigen war ausschließlich auf die Infektion zurückzuführen bis auf drei; bei diesen wäre eine Enterostomie angezeigt gewesen, da bei der Autopsie die entzündlichen Veränderungen gegen den Meteorismus und die Dünndarmüberfüllung zurücktraten. B. will seitdem in Fällen, wo der peritonitische Ileus nach anfänglicher Besserung der septischen Erscheinungen einsetzt, stets einen Versuch mit der Enterostomie machen. Empfehlenswert ist es, die technischen Maßnahmen gegen den peritonitischen Ileus in folgender Weise zu treffen: 1) einfache Punktion von der Wunde, 2) führt sie nicht zum Rückgang der Erscheinungen, so ist bald die Enterostomie anzuschließen, um durch Spülungen auf den Darm einwirken zu können. 3) Nach Barth's Vorgang ist die Anwendung des Trokars zweckmäßig, um eine kleine Wunde zu setzen, wobei B. eine elastische Kanüle vorzieht. 4) Gelangt man nicht von einer in der Wunde eingestellten Dünndarmschlinge zum Ziel, so muß man von einem neuen Schnitt aus eine Enterostomie anlegen, je nach dem Grade der Elastizität der Wandung mit oder ohne Faltung oder Schrägfistelbildung. Schlingen, die längere Zeit in der Wunde eingestellt waren, sind zu brüchig, um eine Schrägfistelbildung zu gestatten. Nur für Ausnahmefälle dürfte die Anlegung mehrerer Fisteln notwendig

sein. Lennander's neueste Vorschläge in dieser Richtung kann B. nicht annehmen.

Diskussion. Herr Rotter nimmt bei peritonitischer Darmlähmung zur Entleerung des Darminhaltes Trokars von etwa Bleistiftstärke in Verbindung mit einem Ableitungschlauch; vor dem Einstich wird eine Tabaksbeutelnaht angelegt, die zum Verschluß benutzt wird; dünnere Instrumente verstopfen sich leicht.

Herr Borchardt bemerkt, daß der Effekt aller Maßnahmen gegen die Darmlähmung vom Grade derselben abhängig ist.

Herr Körte entleert den Darm durch dicke Hohlnadeln in Verbindung mit einem Schlauch; die Öffnung verschließt er durch eine vorher angelegte Tabaksbeutelnaht.

Herr Neumann: Spätfolgen von traumatischen Nierenverletzungen.

Bereits vor $^5/_4$ Jahren hat N. zwei Fälle vorgestellt, eine traumatisch entstandene Pyonephrose, umgeben von einer paranephritischen Pseudocyste und eine durch Trauma verursachte und durch gonorrhoische Sekundärinfektion zur Ausbildung gebrachte Ureteritis und Cystopyelitis, bei denen die für diese Zustände seltene traumatische Genese mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen war. Das gleiche gilt für zwei weitere Fälle von Nierenerkrankung. Im ersten Falle hatten Traumen, die im 6., 13., 14., 16. Lebensjahre die linke Niere getroffen hatten, zur Ausbildung einer Hydronephrose geführt, die nach einer gonorrhoischen Sekundärinfektion einen exzessiven Grad annahm. Eröffnung durch Schrägschnitt und nach 5 Wochen extraperitoneale Exstirpation der Sackniere. Im zweiten Falle eines 60jährigen Arbeiters hatte ein Fall mit der linken Seite auf die Kante einer Bordschwelle zunächst einen Rippenbruch und eine Kontusion der linken Niere herbeigeführt; es bestanden seitdem heftige Schmerzen in der linken Nierengegend, die sich nach 1 Jahr zu Koliken steigerten. 6 Jahre später gesellten sich heftige Hämaturien dazu. Die Nephrektomie ergab ein bösartiges papilläres Kystom, einen verkalkten Knoten der Nierensubstanz an der Vorderfläche dicht oberhalb des Nierenbeckens mit polypösen Fortsätzen in das Nierenbecken. N. rät, an der konservativen Behandlung der unkomplizierten subkutanen Nierenverletzungen festzuhalten; bei Fällen mit Nierenblutungen, Nierenkoliken, bei denen ein Trauma vorangegangen ist, solle man sich jedoch schneller zum operativen Vorgehen entschließen, um die Kranken durch Eingriffe zu heilen, welche nicht sogleich den Verlust des Organs zur Folge haben.

---

24) F. Gross et L. Sencert. Lésions du squelette chez un castrat naturel.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 11.)

Ein 55jähriger Mann hatte sich bei geringfügiger Erschütterung den Oberschenkel gebrochen; 8 Jahre vorher war ihm das gleiche am rechten Oberarm nahe dem Gelenk zugestoßen. Bei genauer Untersuchung wurde das Fehlen der Hoden und gleichzeitig eine eigenartige Veränderung in der äußeren Gestaltung des Individuums entdeckt: eine auffallende Länge der Diaphysen. Weiterhin wurden die verschiedenen Gelenkenden radiographisch untersucht, und Autoren konnten besonders an den Bruchlinien bei fast völligem Mangel an Callus Veränderungen erkennen, die eher denen bei Epiphysenlösung glichen. Sie nahmen daher infolge der mangelhaften Entwicklung der Hoden eine außerordentliche Verzögerung der Verschmelzung zwischen Epi- und Diaphyse an, was 1) zu größerem Längenwachstum der Diaphyse führt, 2) eine geringere Resistenz der Knochen in der Epiphysenlinie zur Folge hatte, die sich übermäßig lang erhielt.

Die Mitteilung dieses Falles verdient größere Berücksichtigung.

Christel (Metz).



24) M. Cohn. Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 38.)

Die Erfahrungen, welche Verf. bei der Leukämie machte, waren wechselnder Natur. Bei allen Fällen trat nach sehr kurzer Zeit eine auffällige Besserung des Allgemeinbefindens ein; diese war subjektiv wie objektiv unverkennbar. Die Verkleinerung der Milzschwellung trat erst nach etwa 4 Wochen ein; mit der Veränderung der Leukocyten wurde auch sie wieder größer. Die Krankheitssymptome kommen hier bei völligem Aussetzen der Röntgenbehandlung nach kürzerer oder längerer Zeit wieder zum Vorschein. Verf. hält es daher für notwendig, daß, nachdem durch eine längere Kur ein voller Erfolg erzielt ist, anstelle der längere Zeit fortgesetzten Bestrahlung eine intermittierende Behandlung (etwa 1—2 Sitzungen jede Woche) tritt.

Noch besseren Erfolg für die Zukunft verheißen die therapeutischen Versuche bei der Pseudoleukämie und den Sarkomen, welche ihren Ausgang vom lymphatischen Apparat nehmen. — Cancroide von nicht allzugroßer Ausdehnung sind in relativ kurzer Zeit mit Bestimmtheit zur Heilung zu bringen. Bei Hautkrebsen im Gesicht ist der Röntgentherapie wegen des kosmetischen Effektes vor der chirurgischen Behandlung der Vorzug zu geben. Prophylaktische Bestrahlungen nach erfolgreicher Kur sind unbedingt anzuraten. Karzinome, welche das Bestreben haben, die tieferen Schichten zu infiltrieren, und solche, die von gesunder Haut bedeckt sind, können durch Röntgenstrahlen nicht geheilt werden.

Um Verbrennungen zu vermeiden, wendet C. prophylaktische Waschungen mit lauem Wasser dreimal täglich und Abreibungen mit Spiritus nach dem Waschen an. Nachts Einfettung mit Lanolin. **Langemak** (Erfurt).

26) Hirsch. Über die Behandlung der Arthritis gonorrhoica mit Bier-scher Stauung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 39).

H. berichtet über 35 mit Bier'scher Stauung behandelte Fälle, bei welchen sich die Methode als sehr einfach und bequem erwies, als deren weiterer Vorzug das häufig prompte Schwinden der Schmerzen hervorgehoben wird. Eine Abkürzung der Behandlungszeit konnte nicht festgestellt werden. Wenn Verf. behauptet, eine Verbesserung der Behandlungsresultate durch die Einführung der Stauungshyperämie nicht erzielt zu haben, da die gonorrhoischen Gelenkentzündungen auch bei den früheren Behandlungsmethoden (Watteverbände, feuchte Verbände, heiße Kataplasmen, Pinselungen mit Jodtinktur usw.) fast nie zu Gelenkversteifungen geführt haben, so ist das nur dadurch zu erklären, daß diese Fälle frisch und leichter Natur waren. Die Stauung wurde täglich 2mal vorgenommen; zuerst nur wenige Minuten, dann steigend bis zu $^1/_2$—1 Stunde, seltener bis zu 2 Stunden.

Langemak (Erfurt).

27) Uhthoff. Über Schädigungen des Auges nach Paraffininjektionen bei Sattelnase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Verf. gibt die Krankengeschichten einiger Fälle wieder, die durch Abbildungen illustriert werden. Nach Paraffininjektion zur Beseitigung der Sattelnase traten Verstopfung der Art. centralis retinae, kompletter Lidverschluß, der operativ nur schwer und nur teilweise beseitigt werden konnte, auf. Die neueste Literatur wird bei der Besprechung berücksichtigt. U. mahnt zur Vorsicht bei der sonst so gute Resultate liefernden Methode und empfiehlt: Injektion nicht zu großer Paraffinmassen auf einmal, Innehaltung hinreichend langer Pausen zwischen den einzelnen Injektionen, Absperrung der umgebenden Blutbahnen während der Injektion, Verwendung von Paraffin mit nicht zu niedrigem Schmelzpunkt, Vermeidung einer Injektion in der zentripetalen Richtung größerer venöser Bahnen usw. Die Verwendung des Hartparaffins im Sinne Eckstein's gibt relative Sicherheit.

Langemak (Erfurt).



28) **L. Sencert.** Rétrécissements cicatriciels dits infranchissables de l'oesophage et oesophagoscopie.

(Province méd. 1905. Nr. 9.)

Bei zwei völlig undurchlässigen traumatischen Speiseröhrenstrikturen, die bisher jeder Bougiebehandlung getrotzt und so zur Gastrostomie geführt hatten, suchte Verf. die Strikturen mit dem Ösophagoskop auf. Er bestimmte so ihren Sitz und vor allem die Beschaffenheit der Lichtung und der Wand. In einem Falle war die hintere Wand wulstig verdickt, die vordere fast unverändert, und es lag so der Eingang zur Striktur ganz vorn. Dies erklärte den bisherigen Mißerfolg der Bougiebehandlung. Verf. führte unter ösophagoskopischer Beleuchtung die Sonden ein und beseitigte so die Strikturen. **Coste** (Straßburg i. E.).

29) **R. Kienböck.** Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Mediastinaltumor.

(Wiener med. Presse 1905. Nr. 49.)

Bisher wurden an etwa 100 Fällen von Sarkom Versuche mit Radiotherapie angestellt und veröffentlicht. In etwa einem Drittel der Fälle konnten — sei es wegen unrichtiger therapeutischer Technik, sei es wegen refraktären Zustandes der Geschwulst — keine Erfolge erzielt werden. In zwei Dritteilen der Fälle schrumpften aber die Sarkome unter Röntgenbehandlung oder schwanden sogar ganz. Verf. berichtet über einen 34jährigen Mann mit alveolärem Lymphdrüsensarkom des Mediastinums — histologische Diagnose durch Untersuchung einer aus der rechten Supraclaviculargegend exstirpierten Drüse erhärtet —, bei dem durch systematische Röntgenbestrahlungen eine Schrumpfung der großen Geschwulst, sowie wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes eintrat. Infolge der rapiden Einschmelzung von Geschwulstmassen trat ein 5tägiges toxämisches Fieber auf. Eine endgiltige Prognose läßt sich noch nicht stellen. $^1/_2$ Jahr nach Beendigung der Röntgenbehandlung lagen keine Symptome eines Rezidivs vor.

Paul Wagner (Leipzig).

30) **H. Date.** Peritoneal tolerance.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 9.)

Bericht über einen Fall von Fremdkörperperitonitis in der Ileocoecalgegend bei einem 72jährigen Pat. Etwa 4—5 Jahre nach dem Beginne der Erscheinungen wurde aus der sehr hartnäckigen Abszeßfistel eine Kaninchenrippe von fast unversehrtem Umfange entfernt, wonach schnelle Heilung eintrat.

Weber (Dresden).

31) **Campbell.** On rupture of intestine.

(Annals of surgery 1905. November.)

Das Interessante des Falles liegt darin, daß der bei der Operation gefundene Riß im Ileum dadurch entstanden war, daß der betreffende Mann einen 200 Pfund schweren Baumwollenballen nach einer reichlichen Mahlzeit zu heben versuchte. Wahrscheinlich hat vorher bereits eine Hernie bestanden, doch ließ sich das mit Sicherheit nicht feststellen. Nach C. ist es einer der Fälle, in welchen der Darmriß dadurch entsteht, daß die plötzlich stark kontrahierten Bauchdecken auf die Eingeweide einen bedeutenden Druck ausübten. Die Laparotomie wurde sofort ausgeführt, der Riß genäht, die Bauchhöhle gereinigt und dann die Bauchdeckenwunde ohne Tamponade geschlossen. Es trat Heilung ohne störenden Verlauf ein, was wohl hauptsächlich der sehr frühzeitigen Operation zu danken war.

Herhold (Altona).

32) **Amberger.** Komplikationen nach verschleppten eitrigen Appendicitiden. (Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Von den drei Fällen, bei denen längere Zeit verstrichen war, bis sie zur Operation kamen, hatte der eine diffuse eitrige Peritonitis und als Folgen derselben

einen subhepatischen, subphrenischen und einen rechtsseitigen Lungenabszeß, der zweite außer dem die ganze rechte Bauchhälfte einnehmenden, vom Wurmfortsatz ausgegangenen Abszeß einen linksseitigen subphrenischen und der dritte außer einem großen Bauchabszeß ein rechtsseitiges seröses, ein linkseitiges eitriges Exsudat in der Pleurahöhle. Alle drei jugendlichen Pat. genasen nach langem Krankenlager.

Kramer (Glogau).

33) **Knaggs.** A case of inflamed retroperitoneal hernia (so-called duodenal): operation: recovery: death from typhoid nine months later.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 2.)

Ein 22jähriger Mann, der bereits einige Zeit an Verdauungsbeschwerden, Magenschmerzen, Durchfällen gelitten hat, stürzt 12 m hoch herab und bietet außer anderen Verletzungen eine Hämaturie dar und den Verdacht auf subkutane Bauchverletzung. Am nächsten Tage wegen fortdauernder Peritonealerscheinungen Laparotomie. Man findet über 2 m des Dünndarmes in einer großen retroperitonealen Tasche liegend, mit Fibrin bedeckt, gebläht, gerötet, aber nicht eingeklemmt. Es gelingt, die cystenartige Geschwulst durch einen Einschnitt ins Lig. gastro-colicum, das quer darübergespannt ist, zu entwirren und den in die retroperitoneale Tasche geschlüpften Dünndarm zu entwickeln. Austupfen des Sackes und Verkleinerung des Einganges zum Bruchsack. Heilung. — 9 Monate später Gelegenheit zur Sektion nach Tod an Typhus. Der Eingang zur Hernie lag links seitlich von der Wirbelsäule und war links und oben umgeben von der Art. mesaraica inferior. Die Verkleinerungsnähte am Eingange waren ganz ohne Erfolg geblieben: Die Pforte hatte sich wieder hergestellt, aber ein Rezidiv war nicht erfolgt.

Weber (Dresden).

34) **H. Wolff.** Über Ileocoecaltumoren.

(Med. Klinik 1905. Nr. 54—56.)

Drei Karzinome, ein Sarkom, zwei Tuberkulosen, eine perityphlitische Schwielenbildung; sämtliche Fälle, bei denen die differentialdiagnostischen Merkmale besonders gewürdigt werden, wurden in der v. Bergmann'schen Klinik operiert (einzeitige Resektion, blinder Verschluß, seitliche Ileokolostomie). Sechs der Kranken genasen sehr schnell. Der siebente starb nach glatt verlaufener Operation am 4. Tage an Bauchfellentzündung. Bei der Leichenöffnung erwiesen sich die Nahtstellen als dicht; dagegen ragten aus zwei Dickdarmlöchern zwei Enden einer Taenia saginata hervor. Eine besondere Schädigung dieser Darmstellen durch die Operation ließ sich nicht nachweisen. Verf. nimmt an, daß dieser Bandwurm — obwohl er keinen Skolex besitzt — selbsttätig den Darm durchbohrt hat, als er aus dem blind verschlossenen Ende keinen Ausweg fand. Abbildungen der Präparate.

G. Schmidt (Berlin).

35) **Richards.** Gangrene of intestine from partial obstruction of the superior mesenteric artery.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 5.)

Eine 68jährige Kranke mit chronischer Demenz geht plötzlich unter Kollaps und faulig-riechenden Durchfällen zugrunde. Die Sektion erzielt eine Gangrän, die sich über den untersten Teil des Dünndarmes, den Blinddarm und den größten Teil des Dickdarmes erstreckt. Pfortader und Art. mesaraica superior boten keine Ursache für die Gangrän dar. Die an der Innenfläche mit atheromatösen und teilweise verkalkten Platten versehene Bauchaorta deckte endlich den Anlaß für die Gangrän auf: die Abgangsstelle der Art. mesaraica sup. war größtenteils verlegt und in einen schmalen Spalt verwandelt durch eine halbmondförmige Kalkplatte. Ein auf dieser befindliches Blutgerinnsel verdeckte den Spalt fast ganz. Bemerkenswert ist, daß der Wurmfortsatz nicht gangränös geworden war; vermutlich schützte ihn die ausreichende Blutversorgung durch die Art. ovarica dextra.

Weber (Dresden).

36) **P. Graf.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Milzverletzungen und deren Therapie. (Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg [Hofrat Dr. Göschel].)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 44.)

Unter den in den letzten 10 Jahren im Nürnberger Krankenhause zur Beobachtung gekommenen Milzverletzungen waren neun subkutane Rupturen, die mit anderen Verletzungen einhergingen, eine komplizierte Schußverletzung und drei fast reine Milzverletzungen, über welche G. näher berichtet. Zwei derselben waren ebenfalls Schußverletzungen, deren eine am 15. Tage nach Exstirpation der Milz, bei welcher die linke Pleurahöhle eröffnet wurde (Punktion des serös-hämorrhagischen Pleuraexsudates am 5. Tage) durch Herzschwäche des 66jährigen Pat. tödlich, deren andere nach derselben Operation glücklich verlief. G. bespricht anschließend die Frühsymptome einer inneren Verletzung und Blutung und hebt besonders die Bedeutung der oft frühzeitig auftretenden, durch Messungen im Mastdarme festzustellenden kleinen Temperatursteigerungen zur Erkenntnis von Organverletzungen gegenüber reinen Kontusionen des Bauches hervor, sofern jene nicht auch durch Blutungen in andere Körperhöhlen oder in den Retroperitonealraum bedingt sind. Während bei jenen zwei Fällen nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf intraabdominelle Verletzung gestellt werden konnte, war der dritte Fall typisch für eine rapide innere Blutung, die nach einem Falle des Pat. auf den Bauch infolge Berstung der durch Lebercirrhose bedingten Stauungsmilz eintrat. Der 38jährige Mann ging im Anschluß an die Exstirpation derselben zugrunde.

Kramer (Glogau).

37) **W. Risel.** Über die erste Entstehung von Leberabszessen durch retrograde Embolie.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXII. p. 258.)

Bei einem an eitriger Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus nach Mittelohreiterung Verstorbenen und im Leipziger pathologischen Institut zur Sektion gelangten Pat. wurden, neben embolischen Herden in anderen inneren Organen, zahlreiche eben beginnende metastatische Abszesse in der Leber gefunden, die ausnahmslos ihren Ausgang in den feineren Verzweigungen der Lebervene hatten. Nur in diesen fanden sich fibrinöse, stellenweise auch eitrige, thrombotische Massen; in den benachbarten Kapillargefäßen dicke Haufen von Streptokokken, die mitunter die ganze Gefäßlichtung ausfüllten. Die Verzweigungen der Pfortader und der Leberarterie waren durchweg unversehrt. Auch fanden sich die schwersten Veränderungen des Leberparenchyms stets in den zentralen Teilen der Acini, in der unmittelbaren Nachbarschaft der durch die infektiösen Massen verlegten Blutgefäße. Als Ursprungsstätte für das infektiöse, thrombotische Material wird ein bis zur Vena anonyma herabreichender eitrig zerfallener Thrombus angesprochen; der Infektionsmodus durch retrograden Transport der Emboli durch den rechten Vorhof und die Vena cava inferior erklärt. Die ausführliche Begründung dieser Ansicht muß im Original nachgelesen werden, ebenso auch die Resultate einer experimentellen Erzeugung von Leberabszessen durch retrograden Transport des Infektionsmateriales von den Lebervenen aus. **Doering** (Göttingen).

38) **Cantlie.** Seven cases of liver abscess operated upon between July 1904 and July 1905.

(Brit. med. journ. 1905. November 11.)

Seinen jährlichen Berichten über die von ihm behandelten Leberabszesse fügt Verf. den diesjährigen über sechs tropische und einen nichttropischen an. Zwei Pat. mit tropischen Leberabszessen starben an subphrenischen Eiterungen mit Lungengangrän, einer an Gangrän des rechten Leberlappens. In sechs Fällen bestand der Eingriff nach Feststellung des Eiters durch — nötigenfalls mehrfache — Probepunktionen in Eröffnung des Abszesses zwischen 7. und 8., bzw. 8. und

9. Rippe im Bereiche der Axillarlinien mittels Trokareinstiches und Drainage durch Gummirohr, das verschieden lange Zeit belassen wurde. Von diesen sechs Pat. wurden drei geheilt, drei starben an den oben erwähnten Komplikationen. Der nichttropische Fall, der wahrscheinlich auf eine Influenza sich zurückführen ließ, wurde sofort nach positiver Probepunktion laparotomiert. Da es aber nicht gelang, den sehr hoch gelegenen Leberteil, der den Eiter enthielt, in die Nähe der Bauchwand zu bringen, schloß C. die Wunde wieder und drainierte mit Erfolg von außen zwischen rechtem 7. Rippenknorpel und Schwertfortsatz mittels Trokar und Gummidrain den streptokokkenhaltigen Leberabszeß. Nach monatelangem Krankenlager, Anlegung von verschiedenen Gegenöffnungen, wandernden Eiterungen um die Leber herum Heilung! **Weber** (Dresden).

39) **Bland-Sutton.** Clinical remarks on solitary non-parasitic cysts of the liver.

(Brit. med. journ. 1905. November 4.)

Die echten, nichtparasitären Cysten der Leber nehmen ihren Ausgang von den Gallengängen und können multipel und solitär sein. Die allgemeine cystische Entartung der Leber, die zuweilen verbunden ist mit einer kongenitalen cystischen Degeneration der Nieren, bietet in ausgeprägten Fällen einen honigwabenartigen Anblick dar mit Hohlräumen von kaum sichtbarem bis zum Umfang einer Kirsche. — Von den seltenen nichtparasitären, solitären Cysten der Leber beobachtete und operierte Verf. folgenden Fall: 75jährige Pat. bemerkt seit 5 Jahren eine langsam wachsende, etwa apfelgroße Geschwulst im Epigastrium, die allmählich Faustgröße annimmt. Man findet bei der Operation eine äußerst dünnwandige, durchscheinende Cyste, ausgehend vom unteren Rande des linken Leberlappens ohne Beziehungen zu der völlig normalen Gallenblase. Die Cyste wurde vollständig ausgeschält, das Leberbett sorgfältig vernäht. Glatte Heilung. Die Cyste enthielt 1 Liter bräunlicher, neutraler Flüssigkeit, frei von Zucker, vom spez. Gewicht 1007, mit etwas Blutgehalt. Als Ausgangsort konnte das Epithel der Gallengänge festgestellt werden. — Die sechs bisher berichteten Fälle gleicher Art betreffen ausnahmslos Frauen. B.-S. ist geneigt, die Entstehung solcher Cysten auf die Abschnürung von Gallengängen zurückzuführen, für die die bekannte Leberschnürfurche bei Frauen den ersten Beginn bildet. **Weber** (Dresden).

Der

XXIII. Kongreß für innere Medizin

findet vom 23.—26. April 1906 zu München statt unter dem Vorsitze des Herrn Geh.-Rat v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: ***Die Pathologie der Schilddrüse.*** *Referenten: Herr Friedr. Kraus (Berlin) und Herr Kocher (Bern). Herr Hering (Prag) wird am zweiten Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Feinberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweißstoffwechsel im Fieber usw.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Gießen): Über normale Größe und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medizinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Über Lipämie im Coma diabeticum.*

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. **Sonnabend, den 10. März.** **1906.**

Inhalt: N. Kaefer, Zur Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier.

1) **Katzenstein,** Arterieller Kollateralkreislauf. — 2) **Schmidt,** Protozoenähnlicher Mikroorganismus in Geschwülsten. — 3) **Heineke** und **Läwen,** Novokain. — 4) **Martina,** Sakrococcygeale Fisteln. — 5) **Kornfeld,** Bakteriurie. — 6) **Motz** und **Pereaman,** Prostatahypertrophie. — 7) **Alexander,** Prostataabszeß. — 8) **Andrews,** Prostatolysis. — 9) **Horwitz,** Blasenriß. — 10) **Lower,** Chirurgische Erkrankungen der Harnblase. — 11) **Watson,** Blasengeschwülste. — 12) **Voelcker** und **Lichtenberg,** Pyelographie. — 13) **Kock,** Blutkryoskopie bei Nierenleiden. — 14) **Martini,** Schaffung neuer Blutbahnen für die Niere. — 15) **Gregoire,** Nephrotomie. — 16) **Mauclaire,** Synorchidie. — 17) **Daniel,** Stieldrehung von Eierstockskystomen. — 18) **Amann,** Sekundäre Eierstocksgeschwülste. — 19) **Heusner,** 20) **Guermonprez,** Behandlung von Knochenbrüchen. — 21) **Schrecker,** Suprakondylärer Oberarm- und Oberschenkelbruch. — 22) **Ewald,** Angeborene Hüftverrenkung. — 23) **v. Mosetig-Moorhof,** Koxitis.

24) **Kaufmann** und **Ruppauer,** Geschwülste der Carotisdrüse. — 25) **Freund,** Für Röntgenstrahlen undurchlässige Sonde. — 26) **Cahn,** 27) **Lotheissen,** 28) **Wendel,** Speiseröhrenerkrankungen. — 29) **Sauerbruch,** Operationen in der pneumatischen Kammer. — 30) **Grossmann,** Urinfänger. — 31) **Knoll,** Krebs der weiblichen Harnröhre. — 32) **Cook,** Blasenriß. — 33) **Kutner,** Bilharziose der Blase. — 34) **Darling,** Blasensarkom. — 35) **Lücke,** Blasenhernie. — 36) **Finsterer,** Blasensteine. — 37) **Adrian,** Intermittierende Dilatation des vesikalen Harnleiterendes. — 38) **Stanton,** Aktinomykose der Harnorgane. — 39) **Lloyd,** Nekrose der Nierenrinde. — 40) **Van der Veer,** Zur Nierenchirurgie. — 41) **Steiner,** Mischgeschwülste der Niere. — 42) **Fourré,** Perinephritis. — 43) **Johnstone,** Retroperitonealfibrolipom. — 44) **Uthmöller,** Eierstocksgeschwulst. — 45) **Hofmann,** Extensionsbahre. — 46) **Glimm,** Knochencysten. — 47) **Zesas,** Syringomyelitische Schulterverrenkung. — 48) **Staunton,** Ellbogenverrenkung. — 49) **Stretton,** Angeborene Synostose der Radio-Ulnargelenke. — 50) **Janz,** Stichverletzungen der Hand. — 51) **Forbes-Ross,** Ischias. — 52) **Aderholdt,** Ankylose der Fingergelenke. — 53) **Barker,** Atypisches Dérangement interne des Knies. — 54) **Wendel,** Luxatio pedis sub talo. — 55) **Bergmann,** Kahnbeinbrüche der Fußwurzel. — 56) **Schümann,** Plattfuß. — 57) **Anzoletti,** Pes equino-cavus. — 58) **Pochhammer,** Fußsohlenschmerz. — 59) **Galzin,** Resektion im Vorfuß. — 60) **Cernezzi,** Mal perforant du pied. — 61) **Osirne,** Osteoplastische Kraniotomie.

Berichtigung.

(Aus dem Allgemeinen Krankenhause für Fabrikarbeiter vom Roten Kreuz zu Odessa.)

Zur Behandlung der akuten eitrigen Entzündungen mit Stauungshyperämie nach Bier.

Von

Oberarzt Dr. **N. Kaefer.**

Ich habe meine ersten zaghaften Versuche mit der Bier'schen Methode gleich nach der ersten Veröffentlichung Bier's im Januar 1905 gemacht. Sie sind überraschend günstig ausgefallen, und seitdem bin ich nicht nur der Methode treu geblieben, sondern sie ist mir ein unentbehrliches therapeutisches Hilfsmittel geworden, dessen Mangel für mich eine schwere Entbehrung sein würde.

Da seit Bier's überzeugenden Demonstrationen auf dem letzten Chirurgenkongreß die Stauungshyperämie sich sicher zahlreiche Freunde und Anhänger erworben hat, worauf auch die in letzter Zeit sich häufenden Mitteilungen in der Fachliteratur hinweisen, so verzichte ich — wenigstens vorläufig[1] — auf eine detaillierte Veröffentlichung meiner Erfahrungen, welche sich auf mindestens 150 Fälle der verschiedensten, z. T. sehr schweren akuten eitrigen Entzündungen beläuft.

Zweck dieser Mitteilung ist die Bekanntmachung einer Erfahrung, die ich in ziemlich zahlreichen Fällen gemacht habe, und welche in keiner mir bekannt gewordenen Publikation erwähnt ist. Für jeden, der akut entzündete Glieder staut, ist mein Vorschlag so selbstverständlich, daß wahrscheinlich der eine oder andere den gleichen Weg gegangen ist.

Ich meine die Anwendung der Stauungshyperämie in der Nachbehandlung nach Operationen, welche wegen nicht eitriger Affektionen vorgenommen wurden. Wenn in solchen Fällen die ersten Erscheinungen einer Störung des Wundverlaufes eintreten (Schmerzen, erhöhte Temperatur, Nahtreizung usw.), so pflege ich sofort zu stauen, wobei an den Extremitäten die Binde, am Rumpf die Saugapparate in Anwendung gelangen.

Ich habe nun in einer ganzen Reihe von Fällen, namentlich bei Amputationen und Exartikulationen von Fingern, aber auch nach Absetzung größerer Gliedmaßen, eine schöne primäre Heilung erzielt, wo ohne die Stauungshyperämie die Nähte hätten entfernt werden müssen.

Bei Amputationen wegen Fingerverletzungen haben wir es bei unseren Fabrikarbeitern mit derartigen Beschmutzungen zu tun, daß

---

[1] In einer russischen Zeitschrift wird demnächst eine größere Arbeit über dieses Thema von mir erscheinen.

eine aseptische Herrichtung des Operationsfeldes absolut unmöglich ist. In solchen Fällen mußten wir nicht selten die Nähte am zweiten oder dritten Tage entfernen und die Wunde per granulationem heilen lassen. Seit wir am nächsten Tage, sobald stärkere Schmerzen oder eine Reizung des Stumpfes eintreten, sofort zur Binde greifen, welche nicht mehr zaghaft, wie am Anfang, sondern recht energisch gehandhabt wird, haben wir fast ohne Ausnahme eine glatte Primärheilung erzielt.

In einem Falle von osteoplastischer Amputation nach Pirogoff, welche wegen Zertrümmerung der Mittelfußknochen am vierten Tage ausgeführt wurde, und wo die Schnitte in unmittelbarer Nähe gangränöser Hautpartien geführt werden mußten, zeigten sich die ersten Zeichen einer schweren Infektion. Dank frühzeitiger Anwendung der Stauungshyperämie sind wir in diesem Falle mit dem Entfernen von zwei Nähten ausgekommen und haben einen schönen Stumpf erzielt.

Ich hielt es für angezeigt, diese Erfahrungen der Öffentlichkeit zu übergeben.

Odessa, den 3./16. Februar 1906.

---

1) **M. Katzenstein.** Über Entstehung und Wesen des arteriellen Kollateralkreislaufes. Eine Entgegnung an Herrn Prof. Bier.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 394.)

K. erwidert hier gegen die in unserem Blatte berichteten »Bemerkungen« Bier's. Er läßt nach wie vor Bier's Theorie, anämisches Gewebe locke den Blutzufluß an, nicht gelten und erklärt Bier's Versuche, die dies beweisen sollen, dadurch, daß hier die Anämie künstlich durch Absperrung bewirkt sei. Nach Aufhebung der Absperrung habe der folgende gesteigerte Zustand nichts Auffallendes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **O. Schmidt** (Köln). Über einen protozoenähnlichen Mikroorganismus in malignen Tumoren und durch diesen erzeugte transplantierbare Geschwulstformen beim Tiere.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

S. konnte aus sterilen Stückchen bösartiger Neubildungen einen Mikrokokkus züchten und als Schmarotzer dieses Pilzes einen Eigenbewegung zeigenden und endogene Sporenbildung fruktifizierenden, den Luftsporen ähnlichen, sich nach Gram violettschwarz färbenden Parasiten nachweisen. Nachdem er diesen durch Impfversuche an Mäusen und Ratten als Erreger der bösartigen Geschwülste festgestellt hatte, Transplantationen von stecknadelkopfgroßen Stückchen der letzteren auf andere Tiere erfolgreich gewesen waren, machte S. weitere Tierexperimente mit Injektion abgetöteter Reinkulturen des Para-

siten zum Nachweis ihrer Unschädlichkeit und konnte bei karzinomkranken Menschen durch derartige Einspritzungen ($^1/_{10}$ mg und mehr) typische, wenige Tage andauernde Fiebererscheinungen und einige Male auch am Orte der Erkrankung spezifische Reaktionen entzündlicher Natur erzielen, die bei Kranken anderer Art ausblieben. Die letzteren Versuche kamen in Czerny's Klinik zur Ausführung und wurden daselbst in ihren Ergebnissen sorgfältig geprüft.

Kramer (Glogau).

---

3) **H. Heineke** und **A. Läwen.** Experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen über die Verwertbarkeit von Novokain für die örtliche Anästhesie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 180.)

Eine aus der Leipziger Klinik stammende Arbeit. Zunächst wird die allgemeine Giftwirkung des Novokains, die durch Vergiftungsversuche an Kaninchen geprüft wurde, abgehandelt. Gefunden wurde, daß das Mittel bei subkutaner Anwendung etwa 7mal weniger giftig ist als Kokain. Die Konzentration der Lösungen scheint keinen Einfluß auf die Giftwirkung auszuüben. Bei Zusatz von Suprarenin bleibt die gefäßverengende Wirkung des letzteren unverändert. 2) Bei Bestimmung der Gefrierpunkte verschieden starker Novokainlösungen zeigte sich, daß eine der menschlichen Gewebsflüssigkeit isotonische Lösung 5,48%ig ist. Demgemäß empfiehlt sich, Konzentrationen bis zu 1% in 0,9%iger Kochsalzlösung, Konzentrationen von 5% an in destilliertem Wasser herzustellen. Für Infiltrationsanästhesie beim Menschen hat sich unter Anwendung von Novokainlösungen in Stärke von 0,5% an hinsichts Dauer der Wirkung kein wesentlicher Unterschied gegenüber dem Kokain herausgestellt. Klinisch wurde das Mittel für Infiltrationszwecke in ca. 50 Fällen benutzt, und zwar in Stärke von 1 : 400 in 0,9%iger Kochsalzlösung mit Suprareninzusatz. Der Erfolg war stets vollkommen, irgendwelche Allgemeinwirkungen, auch bei Verbrauch von 0,5 des Novokains, traten nicht auf. 3) Für die Leitungsanästhesie, Umspritzung der Nervenstämme, gab Injektion von 2—3 ccm einer 1%igen Novokain-Suprareninlösung stets vollkommene Anästhesie, auch bei Operationen im Bereiche der Metakarpalgelenke. Ebenso gelangen schmerzlose Zahnextraktionen bei Injektion von 1—2%igen Lösungen am Alveolarfortsatz. 4) Medullaranästhesie mittels Novokain wurde in 29 Fällen angewandt, über welche kurzer Einzelbericht gegeben wird. Mit Dosen von 0,1 bis 0,15 Novokain in 5—10%iger Lösung konnte mit großer Sicherheit eine vollkommene Anästhesie der Dammgegend und der unteren Extremitäten erzielt werden. Wird steile Beckenhochlagerung genommen, so dehnt sich die Anästhesie bis zum Rippenbogen aus. Nur in zwei Fällen wurde der Puls für kurze Zeit auffallend klein und das Gesicht sehr blaß. Von sonstigen Nebenwirkungen wurde Übelsein, Aufstoßen, Erbrechen ebenso gesehen, wie beim Stovain — doch bleibt

zweifelhaft, ob das auf das Novokain zu beziehen ist, da es sich hier meist um Laparotomien handelte.

Im ganzen hat sich das Mittel, das den Vorzug relativ geringer Toxizität besitzt, bestens bewährt. Erst durch den Zusatz von Nebennierenpräparaten wird es befähigt, mit dem Kokain zu konkurrieren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **A. Martina.** Über kongenitale sakrococcygeale Fisteln.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 354.)

Französische Forscher (Désprès, Lannelongue u. a.) haben zuerst in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit auf angeborene Fisteln in der Kreuzsteißbeingegend gelenkt, deren Vorkommen dann von anderer Seite mehrfach bestätigt ist. Die Fisteln kommen bald ein-, bald mehrfach vor, bald besitzen sie einen ektodermalen Wandbelag, zum Teil mit Haaren und Hautdrüsen, bald auch Zylinder- oder Flimmerepithel, manchmal sitzen kleine mit Platten- oder Zylinderepithel ausgekleidete Cystchen in ihrer Umgebung. Ihre genetische Erklärbarkeit ist nicht immer dieselbe. Ein Teil von ihnen hängt mit dem Lig. caudale Luschka zusammen. Letzteres, aus dem lockeren Zellgewebe des Schwanzfadens hervorgehend, bewirkt bekanntlich die Bildung des Steißbeingrübchens, indem es, an Wachstum gegen die übrigen Teile dieser Körperregion zurückbleibend, eine Retraktion der Hautstelle, an der es sich ansetzt, hervorruft. Findet hier nun eine abnorme starke Hauteinziehung statt, so entsteht eine fistulöse Hauteinstülpung in die Tiefe. Das Lig. caudale steht aber auch mit dem kaudalen untersten Rückenmarksreste (Kupfer'sches Bläschen) in innigster Verbindung, und ist demnach auch die Möglichkeit vorhanden, daß die fraglichen Fisteln, einen verspäteten Verschluß des Wirbelkanales vorausgesetzt, mit dem Rückenmark eine Beziehung haben, was auch für Cysten mit Zylinder- oder Flimmerepithel Geltung hat. Differentialdiagnostisch ist die Auseinanderhaltung der fraglichen Fisteln von nicht kongenitalen Fisteln der verschiedensten Art, ferner aber von Spina bifida nicht immer gerade leicht. Die von den Fisteln verursachten Beschwerden beschränken sich der Regel nach auf die durch sie veranlaßte lästige chronische Sekretion. Die Behandlung hat am besten in radikaler Exzision in gesundem Gewebe zu geschehen, wobei an die Möglichkeit einer unter Umständen zu bösen Folgen fähigen Eröffnung des Rückenmarkskanales zu denken ist. Die entstehende Wunde wird sich in der Regel nur zur Ausheilung per secundam eignen. Beschleunigt kann letztere werden durch tiefe einstülpende Fixierung der Wundränder, event. auch durch eine Hautlappenplastik aus der Nachbarschaft.

Als eigenen kasuistischen Beitrag zur Kenntnis des in der deutschen Literatur noch wenig besprochenen Leidens bringt M. die kurze Krankengeschichte von vier einschlägigen Fällen der Grazer Klinik, welche von Payr operiert sind. Es handelt sich um wenig komplizierte Fistelgänge, deren Sekretion meist infolge von Sekretverhaltungen

und damit in Zusammenhang stehenden Entzündungs- und Reizungszuständen ihre Träger belästigt hatten. Zwei der Kranken waren Brüder. Meist war die Plattenepithelkleidung der Fistelgänge nachweisbar. In allen Fällen wurde Radikalexzision vorgenommen, und folgte glatte Heilung in 2—4 Wochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) **F. Kornfeld.** Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. 78 S.
Wien, **Franz Deuticke,** 1906.

K. gibt in der vorliegenden Abhandlung unter einer sehr eingehenden und kritischen Berücksichtigung der Literatur und unter Verwertung eines eigenen Beobachtungsmateriales von 28 Fällen ein anschauliches Bild von dem gegenwärtigen Standpunkte der Bakteriuriefrage. Je nach der Entstehung, dem Krankheitsverlauf und dem Ergebnis der Organuntersuchung lassen sich verschiedene Formen der Bakteriurie unterscheiden. Es gibt Bakteriurien transitorischen Charakters, von denen Übergänge zu subakuten und zu sehr schweren, chronisch verlaufenden Formen in allen Abstufungen vorkommen. Bei Affektionen der Niere und des Nierenbeckens, deren Symptome mitunter sehr wenig hervortreten, kann es zur Colibakteriurie kommen. Die genuine Bakteriurie bleibt auf die Blase beschränkt und läßt trotz vieljährigen Bestandes in der Regel die obersten Abschnitte des uropoetischen Apparates unversehrt, sie ist streng von der Colicystitis und von anderen Bakterienausscheidungen aus dem Harn zu trennen und ist niemals eine Vorstufe oder ein Endausgang der Cystitis. Der Weg der Einwanderung des Bakterium coli in die Harnwege geschieht vom Mastdarm her durch die zwischen Blase und Mastdarm gelegenen Gewebe und Organe (Bindegewebschichten, Prostata, Samenblasen); die Annahme einer Infektion der Harnorgane auf dem Wege der Blutbahn hält K. nicht für alle Fälle für nötig. Bei Männern spielt hierbei häufig eine überstandene Gonorrhöe eine prädisponierende Rolle; bei Frauen kann auch eine Kontiguitätsinfektion der Blase in Betracht kommen (Schwangerschaft, Geschwülste, entzündliche Affektionen). Die im Gefolge schwerer chronischer Bakteriurien auftretenden Allgemeinerscheinungen sind wahrscheinlich durch Toxinwirkung zu erklären. Therapeutisch empfiehlt K. Einträufelungen mit Sublimatlösungen (1:5000 bis 1:2000) sowohl für die Bakteriurie als auch für die durch sie bedingten Störungen des Verdauungskanals, der nervösen Organe und für die begleitenden Fieberanfälle. Unterstützt wird die Behandlung, namentlich bei transitorischen Formen, durch die Darreichung innerlicher Harnantiseptika (Urotropin, Helmitol, Hetralin, Salol usw.). Den Schluß der Abhandlung bildet die Wiedergabe einer Auswahl der wichtigsten Krankengeschichten, die kritisch analysiert werden. Bei den von K. beobachteten 28 Fällen handelte es sich 21mal um männliche und nur 7mal um weibliche Individuen.

Deutschländer (Hamburg).



6) **B. Motz** et **Pereaman.** Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Februar 8.)

Die adeno-myomatösen Wucherungen, die das Wesen der Hypertrophie der Prostataregion ausmachen, sind bei bejahrten Leuten außerordentlich häufig. Sie entwickeln sich stets auf Kosten der periurethralen Drüsen, die von der wirklichen Prostata durch einen glatten intraprostatischen Sphinkter getrennt sind, der auch bei normalem Verhalten ab und zu sichtbar ist, stets aber dann, wenn diese Drüsen hypertrophieren. Bei den Hypertrophien mittleren und stärkeren Grades ist die eigentliche Prostata nach der Peripherie zu gedrängt; sie ist mehr oder weniger atrophisch und bildet die Pseudokapsel. Die Sphäroidkörper entstehen durch eine Neubildung von Drüsen- und Muskelgewebe. Die Drüsen vervielfältigen sich durch Knospung; gleichzeitig findet eine Proliferation des dazwischen liegenden Stroma statt. Vereint mit den adeno-myomatösen Wucherungen finden sich fast stets auch die Zeichen einer Prostatitis. Nur in Ausnahmefällen ist die chronische Prostatitis die Ursache von Urinretention oder unvollkommener Blasenentleerung. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

7) **Alexander.** Prostatic and periprostatic abscess.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

Prostatische Abszesse können in die Harnröhre oder durch die äußere Scheide der Prostata in die Gegend zwischen Mastdarm und Prostata oder in das Cavum ischio-rectale durchbrechen. In den beiden letzteren Fällen spricht man von periprostatischen Abszessen.

Die Symptome bei prostatischen Abszessen bestehen in partieller Urinretention, rektalem Tenesmus, Fieber usw. Eiweiß im Urin kann daher rühren, daß infolge des die Prostatitis begleitenden Ödems das Serum des letzteren in die Harnröhre tritt und sich dem Urin beimischt.

Bezüglich der Behandlung prostatischer Abszesse werden Eröffnung vom Mastdarm her oder durch in die Harnröhre eingeführte Sonden verworfen. Die perineale Freilegung der Prostata behufs Spaltung der Abszesse setzt eine zu große Wundhöhle. Verf. legt daher durch eine mediane Inzision am Damm die Pars membranacea der Harnröhre frei, eröffnet sie und geht nun mit dem Finger in die Pars postatica. Nachdem der Sitz des Abszesses festgestellt ist, wobei ein Finger der anderen Hand im Mastdarm sich befindet, wird die Schleimhaut der Harnröhre an der betreffenden Stelle mit dem Finger eingerissen und genügend erweitert. Einlegen eines Katheters vom Damm in die Blase, lose Tamponade der Abszeßhöhle. In 3—4 Wochen soll die Wundhöhle und Harnröhre wieder verheilt sein.

Periprostatische Abszesse werden natürlich vom Damm aus ohne Eröffnung der Harnröhre geöffnet. **Herhold** (Altona).

---

8) **Andrews.** Destroying the urogenital diaphragm or pelvic floor as a means of relieving prostatic ischuria: a new operation.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

Da die Prostatektomie von A. im allgemeinen noch für eine gefährliche Operation gehalten wird, schlägt er vor, bei Beschwerden der vergrößerten Prostata die von ihm im Journ. of the amer. med. assoc. 1902 Oktober veröffentlichte Prostatolysis anzuwenden. Dieselbe beruht auf der Anschauung, daß die Vorsteherdrüse zwischen den knöchernen Arcus pubis durch das Lig. triangulare transversum und durch die zwei seitlichen Lig. prostato-pubica eingekeilt gehalten und bei Vergrößerungen komprimert wird, da sie nicht ausweichen kann. Durchschneidet man daher dieses Diaphragma, d. h. die drei eben genannten Bänder, so sinkt die Drüse nach hinten in einen weiten Raum, und die Kompression mit allen unangenehmen Nebenerscheinungen hört auf. Um die Operation auszuführen, werden die Hoden aus dem Hodensack in die Höhe gedrängt, durch die Haut ein bogenförmiger dem Arcus pubis entsprechender Lappenschnitt angelegt und dann unter Durchschneidung des Levator ani bis zum Diaphragma pelvis vorgedrungen. Einzelne Details der Operation müssen im Journ. of the amer. assoc. 1902 Oktober nachgelesen werden, da der jetzigen Arbeit die Zeichnungen fehlen. **Herhold** (Altona).

---

9) **Horwitz.** Rupture of the male urinary bladder.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

H. unterscheidet traumatische und idiopathische Blasenrupturen. Die letzteren kommen nur bei bereits schwer erkrankter Blasenwand vor; beobachtet sind sie bei vorhandenen Steinkonkrementen, bei Strikturen und Prostataerkrankungen infolge übermäßiger Ausdehnung der Blase durch den nicht abgelassenen Urin. Alkoholmißbrauch soll zu Blasenrupturen besonders prädisponieren. Auch bei Blasenausspülung zur Vorbereitung für Operationen, ebenso nach Blasenpunktionen sind angeblich Rupturen beobachtet. Die Symptome sind bei intra- und extraperitonealen Rupturen verschieden; außer dem Unvermögen, Urin zu lassen oder der Absonderung nur einiger Tropfen blutigen Urins, den heftigen Leibschmerzen bestehen bei intraperitonealer Ruptur gewöhnlich Chokerscheinungen oder wenigstens Unvermögen des Kranken zu gehen oder zu stehen. Wenn nur die Schleinhaut zerrissen ist, sind die Symptome am leichtesten (geringer Schmerz, blutiger Urin oder Unvermögen, Urin zu lassen). Bei allen Blasenrupturen, vielleicht mit Ausnahme der Schleimhautzerreißungen, ist baldigst die suprapubische Cystotomie auszuführen. Dieselbe wird aber auch bei Schleimhautrupturen notwendig, sobald die Symptome nicht baldige Besserung erkennen lassen. **Herhold** (Altona).

---

10) **W. Lower.** The diagnosis and treatment of some surgical diseases of the urinary bladder.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. p. 336.)

Verf. berichtet zusammenfassend über 235 Cystoskopien, von denen 100 mit Harnleiterkatheterisation verbunden waren. — Verf. betont die ausschließliche Wichtigkeit der Cystoskopie, da die mikroskopische Untersuchung des Urins eigentlich nur beim Fund von Tuberkelbazillen positive Schlüsse gestattet. — Zur Diagnose der Blasensteine hält Verf. insbesondere die Sonde für ganz unzulänglich. Er fand einige Male Steine in Divertikeln hinter stark vergrößerten Prostatis, wo eine Sonde von vielen Ärzten ergebnislos angewendet worden war. — Zur Anästhesierung füllt Verf. die Harnröhre mit 2% Kokain, das er ohne Bedenken in die Blase übertreten läßt. — Mehrere Harnleitersteine wurden cystoskopisch aus der Vorbuchtung der Papillengegend diagnostiziert. Zum Übertreten der Steine aus dem Harnleiter in die Blase empfiehlt Verf., die Blase abnorm stark zu füllen. Als Operation der Wahl bei Blasenstein empfiehlt er nicht die Lithotrypsie, sondern die Sectio suprapubica. Nach Lithotrypsie sah er Strikturen der Harnröhre eintreten. Verf. füllt die Blase vor der Operation mit ca. 300 ccm Wasser; dann Einschnitt in gewöhnlicher Weise. Da Verf. um die Catgutsuturen der Schleimhaut Steine sich bilden sah, näht er jetzt fortlaufend mit Seide, aber ohne bis in die Blasenlichtung durchzustechen. Er faßt nur Muskulatur, zieht stark zusammen und läßt den Faden noch einmal rückwärtsgehen bis zur ersten Einstichstelle; jetzt erst wird geknotet. **Helle** (Wiesbaden).

---

11) **Watson.** The operative treatment of tumors of the bladder.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

W. macht zunächst statistische Angaben über 653 aus der Literatur gesammelte Blasengeschwülste, von welchen 243 gutartiger und 410 bösartiger Natur waren. Die operative Mortalität war bei den gutartigen Geschwülsten 12%, bei Myxomen 17%, bei Karzinomen 27%, bei Sarkomen 63%. Die urethralen Operationen zeigten eine Mortalität von 9% bei Papillomen, bei Karzinomen von 20%; die suprapubische Operation ohne Blasenresektion bei Papillomen 11,3%, bei Myomen 15%, bei Karzinomen 28% und bei Sarkomen 63%; die suprapubischen Operationen mit partiellen Resektionen bei Papillomen und Myomen 9,5%, bei Karzinomen 18,6%; die totalen Blasenexstirpationen bei Karzinomen 56%. Rezidive, und zwar schnelle, traten bei gutartigen Geschwülsten in 20%, bei bösartigen in 26,8% der Fälle ein. Wenn die im Anschluß an die Operationen eingetretenen Todesfälle und die schleunigen Rezidive unter einer Hauptnummer vereinigt werden, so beträgt die Anzahl bei gutartigen Neubildungen (Myxome ausgeschlossen) 28,6%, bei bösartigen 46%.

Verf. meint nun, daß in Anbetracht dieser Resultate eine radikalere Operation als bisher Platz greifen müsse und schlägt zu diesem Zweck vor, zunächst vor der Ausführung der eigentlichen Blasenoperation eine beiderseitige Nephrostomie in den Lendengegenden mit möglichst nahe am Nierenbecken vorgenommener Unterbindung der Harnleiter anzulegen. Dann soll die Blase intraperitoneal freigelegt, das Bauchfell von ihr abpräpariert und so radikal als möglich alles Krankhafte, eingeschlossen die Prostata und die Samenblase, entfernt werden. Zu diesem Zwecke wird die Harnröhre zwischen Pars membranacea und prostatica doppelt unterbunden, zwischen den beiden Ligaturen durchtrennt und dann alles zusammen (Blase, Prostata usw.) herausgenommen. Event. wird kombiniert perineal und abdominal operiert. Eigene Erfahrungen am Menschen hat Verf. bezüglich dieser Operation noch nicht, er meint aber, daß Leute mit einer derartigen doppelten Nephrostomie und eigenen zum Auffangen des Urins konstruierten Apparaten sehr wohl ein leidliches Dasein führen können (? ? Ref.).

Herhold (Altona).

---

12) **F. Voelcker** u. **A. Lichtenberg.** Pyelographie (Röntgenographie des Nierenbeckens nach Collargolfüllung). (Aus der chir. Universitätsklinik in Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Dem Selbstbericht der Verff. über obiges Thema auf p. 1398 dieses Blattes 1905 ist hinzuzufügen, daß die von der erwärmten 5 %igen Collargollösung mittels des Harnleiterkatheters in das Nierenbecken eingespritzten Mengen verschieden und von der Empfindlichkeit der Pat. und der Größe des Nierenbeckens abhängig waren (bis 5 ccm, selbst 50 bis 60 ccm), und daß dieses nach Beendigung der Röntgenaufnahme mit 2 %iger Borsäurelösung sorgfältig ausgespült wurde; die Untersuchten hatten nach der ca. 15 Minuten in Anspruch nehmenden Prozedur einen Tag lang ein dumpfes Schmerzgefühl in der Nierengegend. Bei vier der elf Fälle von Pyelographie waren die erhaltenen Bilder nicht deutlich, teils wegen Fettleibigkeit oder Unruhe des Pat., teils wegen Tiefstand der Wanderniere, deren Schatten mit dem der Darmbeinschaufel z. T. zusammenfiel, oder wegen Ausfüllung des Nierenbeckens durch einen großen Stein. Die Verff. glauben auf Grund der bei den übrigen Fällen erhaltenen Bilder, daß die Methode der Pyelographie für die Diagnose von Erweiterungen, Knickungen und Verlagerungen des Nierenbeckens und Harnleiters, wie auch von Mißbildungen, vielleicht auch von Nierengeschwülsten von Bedeutung sei.

Kramer (Glogau).

---

13) **A. Kock.** Über den Wert der Blutkryoskopie für die Nierenchirurgie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit gibt die ausführliche Grundlage detaillierter Krankengeschichten, welche Rovsing zu einer abfälligen Kritik über

den Wert der Blutkryoskopie bei Nierenerkrankungen geführt haben. Sie ist deshalb auch in der Hauptsache eine Polemik gegen die Anschauungen von Kümmell und Rumpel, welche dieser Funktionsprüfung eine hohe ausschlaggebende Bedeutung zumessen. Der erste Abschnitt umfaßt die Fälle, in denen δ — der Blutgefrierpunkt — niedriger als — 0,60° ist. Bei diesen zeigten mehrere eklatante Untersuchungen, daß die erhöhte molekulare Blutkonzentration nicht allgemein als Beweis einer doppelseitigen Affektion anzusehen ist, nur daß sie nicht die Bedeutung einer Niereninsuffizienz haben kann, so daß auch durch sie eine Kontraindikation gegen eine Nephrektomie nicht gegeben ist. Bei den in der zweiten Hälfte abgehandelten Fällen war δ höher als — 0,60°. Auch hier zeigte sich wieder das Gegenteil von Kümmell's und Rumpel's Ansichten, d. h. ein normaler Blutgefrierpunkt war noch lange nicht gleichbedeutend mit einseitiger Nierenaffektion, und typische ausgeprägte Fälle von Niereninsuffizienz erwiesen sich als nicht unvereinbar mit normaler Blutkonzentration. Deshalb muß auch K. an Rovsing's Behauptung festhalten, daß die Blutkryoskopie in einer großen Zahl von Fällen irreleitet, daß sie zu unnützen Operationen ebenso verführt, wie sie von zweckmäßigen und erfolgreichen abhält. Ganz besonders wertlos ist δ für Fälle von Nierengeschwülsten. Die Zweifel an der Richtigkeit von Kümmell's und Rumpel's Angaben glaubt K. auch noch dadurch begründen zu müssen, daß er die Exaktheit und Genauigkeit ihrer Technik, die er als eine äußerste penible und nicht in der von beiden gebrauchten kurzen Zeit durchführbare ansieht, in Frage stellt. Ebenso hält er den wesentlichsten Ausgangspunkt für ihre Theorie, nämlich die Annahme eines konstanten Blutgefrierpunktes, für eine irrige. δ schwankt nicht, wie sie angeben, zwischen —0,55° und —0,57°, sondern zwischen — 0,52° und — 0,585°; ja vielleicht müssen diese Grenzen noch weiter gezogen werden. Damit hält Verf. die Kryoskopie für die Klinik für unbrauchbar.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

14) **Martini.** Über die Möglichkeit, der Niere einen neuen kollateralen Blutzufluß zu schaffen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Verf. hat Versuche darüber angestellt, ob es möglich sei, durch einfache Aushülsung oder durch dieselbe, verbunden mit anderen operativen Prozessen, der Niere neue Blutbahnen zu verschaffen, und ob dieselben in gleicher, größerer oder kleinerer Zahl auftreten als die bei normalen Zuständen vorhandenen. Zu Versuchstieren wählte er Hunde, weil bei ihnen der arterielle und venöse kollaterale Kreislauf der Niere viel mehr entwickelt ist als bei Kaninchen und Katzen und somit ihre Niere sich mehr der menschlichen nähert. Die Kapsel blieb entweder nach der Enthülsung hängen oder wurde exzidiert. In einigen Fällen wurde die Nephrotomie oder die Nephropexie hinzugefügt.

In der ersten Versuchsreihe strebte M. danach, die Entwicklung und die Dimensionen der neugebildeten Kapsel zu erforschen. Er fand, daß eine neue Kapsel infolge der Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und Gefäßendothels der Cortex corticis-Zone entsteht. Die neugebildete Kapsel haftete fest an der Nierenoberfläche und war dicker als die normale Kapsel. Bei gleichzeitiger Exstirpation der zelluloadipösen Kapsel war die Dicke der neuen Umhüllung bedeutender, ebenso bei gleichzeitiger Befestigung der Niere. Die Bindegewebselemente zeigten auch späterhin keine Erscheinungen von Schrumpfung oder Sklerose. Das Epithel wies keine sichtbaren degenerativen Erscheinungen auf. Der Enthülsung folgte in zwei Fällen, welche auf die Harnabsonderung untersucht wurden, eine Oligurie, begleitet von einer Zunahme der Densität und des Harnstoffgehaltes.

Die zweite Versuchsreihe hatte den Zweck, nicht nur die Neubildung der Kapselgefäße, sondern auch ihren Reichtum und ihre Verbindung mit den Nierengefäßen zu prüfen. Es wurde dazu vor der mikroskopischen Untersuchung eine endovasale Injektion vorgenommen, welche die Entwicklung der Gefäße, ihren Verlauf, ihre Verbindungen mit denjenigen der umliegenden Gewebe und mit denjenigen der Niere selbst studieren ließ. Hierbei zeigte sich, daß das schon normale Vorhandensein eines kollateralen perirenalen Kreislaufes die Bildung von neuen Blutbahnen befördert, weil seiner Unterbrechung durch die Nierenentkapselung die Formation eines an endothelialen Knospen reichen Granulationsgewebes folgt, die sich mit den Gefäßen der Fettkapsel und der umliegenden Gewebe resp. mit den Nierengefäßen anastomotisch verbinden. Die neue kollaterale Blutbahn war auch zweifellos reichlicher als die ursprüngliche, weil die injizierten Gefäße der neuen Kapsel viel zahlreicher und großkalibriger waren als diejenigen der alten normalen Kapsel. Die Nephrotomie förderte die Bildung der Blutbahnen nicht. Die gleichzeitige Nephrotomie erwies sich eher als schädlich, dagegen bewirkte die Einbettung der entkapselten Niere in das Netz oder in die Peritonealhöhle einen stärkeren Zufluß zum Nierenepithel.

Zur weiteren Prüfung des funktionellen Wertes dieses neuen Kollateralkreislaufes suchte Verf. festzustellen, wie und wie weit die neugebildeten Gefäße die Zirkulation ergänzen könnten, welche gewöhnlich durch die Gefäße des Nierenhilus stattfindet. Diese Versuche erwiesen, daß die durch Unterbindung einer Nierenarterie oder -Vene hervorgerufenen Degenerationen und Nekrosen in einer normalen Niere bedeutender waren als in einer vorher enthülsten. Die neugebildeten Bahnen erwiesen sich sogar als imstande, das Fehlen des Abflusses durch die Nierenvene völlig zu kompensieren; hingegen wurde das Fehlen des Zuflusses durch die Arterie nur in unvollständiger Weise ersetzt. Interessant ist folgende Tatsache: Wenn man die Vene einer mit neugebildeter Kapsel versehenen Niere und einen Monat später die Vene der anderen gerade so behandelten Niere unterbindet, kann das Tier weiter leben. Dieselbe Operation bei Tieren mit normaler Nieren-

kapsel führt dagegen zum Tode derselben. Ebenso bleibt ein Hund nach der gleichzeitigen Unterbindung von Vene und Arterie nur dann am Leben, wenn vor der Operation die fibröse Kapsel der entsprechenden Niere exstirpiert worden ist. Diese Feststellungen beweisen neben anderen in der Arbeit beschriebenen, daß in der Tat die neugebildete Zirkulation infolge der Aushülsung einen beträchtlichen funktionellen Wert haben muß. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

15) **Gregoire.** Procédé de nephrectomie pour cancer.

(Presse méd. 1905. Nr. 7.)

Als mitschuldig an den häufigen Rezidiven nach Nierenexstirpation wegen Karzinoms sieht Verf. die bisher angewandten Methoden der Exstirpation an, welche die Capsula adiposa und die Nebennieren nicht mit entfernen, obgleich gerade diese eine häufige Ursache der Rezidive seien. Er operiert infolgedessen folgendermaßen. Hautschnitt in der vorderen Axillarlinie vom Rippenbogen bis zur Crista ilei; vom Anfangs- und vom Endpunkte dieses Hautschnittes aus werden zwei je 4—5 cm lange Hautschnitte medianwärts geführt, der obere parallel dem Rippenbogen, der untere längs dem Poupart'schen Bande. Die Schnitte um den so gebildeten Lappen werden durch die verschiedenen Muskelschichten bis aufs Bauchfell unter sorgfältiger Schonung des letzteren, geführt. Hierauf wird mit den Fingern die Niere mit ihrer Umgebung von der Muskulatur der hinteren Bauchwand frei präpariert, zuerst auf der ventralen, dann auf der dorsalen Seite. Die Nebennieren werden mit gekrümmtem Zeigefinger vom Zwerchfell losgerissen, die Nierengefäße unterbunden und durchschnitten. Nach Entfernung der Niere mit den anhängenden Gebilden lassen sich die etwa geschwollenen Lymphdrüsen längs der Aorta abdominalis bzw. der Vena cava exstirpieren. Die Methode ist vom Verf. bisher in zwei Fällen mit Erfolg durchgeführt worden.

Grunert (Dresden).

---

16) **Mauclaire.** La synorchidie artificielle.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1905. Nr. 9.)

Nach den experimentellen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen des Verf.s ist die künstliche Synorchidie, deren verhältnismäßig einfache Technik in der Originalarbeit nachzulesen ist, unter folgenden Bedingungen gestattet: 1) bei der Hodenektopie; sie dient hier zur Fixation des abnorm gelagerten Hodens und zur Verbesserung seiner Ernährungsverhältnisse; 2) bei jeder Varikokele; 3) bei der operativen Durchtrennung des Ductus deferens; die Synorchidie oder intertestikuläre Anastomose (Gatti) leitet den Samen durch den unverletzten Ductus deferens; 4) in Fällen von Epididymektomie wegen Tuberkulose; 5) in Fällen von verhinderter Samenausscheidung infolge gonorrhoischer Epididymitis; 6) in Fällen von multiplen und rezidivierenden Cysten des Nebenhodens. Unter Umständen kann die Synorchidie

auch bei der sehr schwierigen Behandlung der männlichen Sterilität indiziert sein.

Paul Wagner (Leipzig).

---

17) **C. Daniel.** Les hémorrhagies des kystes tordus de l'ovaire.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 10.)

Von den verschiedenen Ausgängen der Stieldrehung von Eierstockskystomen verdienen die Blutungen einer besonderen Beachtung deshalb, weil sie zu ausnahmsweise schweren Erscheinungen innerer Blutung und schnellem Tode führen können. Gewisse Disposition bieten bekanntermaßen Schwangerschaft und Wochenbett für das Zustandekommen der Stieldrehung, wenngleich die Neigung zu Blutungen in der Cyste nicht wesentlich dabei wächst. Hierzu scheint eher die Zahl der Drehungen — meist sind es zwei — von Wichtigkeit zu sein. Die Ergüsse sind von geringer Bedeutung, wenn sie intraparietal bleiben; können jedoch enorm werden und zum Platzen der Cyste mit freiem Erguß der Blutung in die Bauchhöhle und damit zu schnellem Tode führen, ohne daß die Diagnose möglich wäre. Von 40 Fällen mehr oder minder erheblicher Blutungen durch Torsion führten 10 = 25% zum Tode. Selbst die Laparotomie, die einzig vernünftige Behandlungsweise, vermochte nur 12% der Mütter, 37% der Kinder zu retten, während sonst die Ovariotomie höchstens 2% Mortalität erkennen läßt.

Christel (Metz).

---

18) **J. A. Amann** (München). Über sekundäre Ovarialtumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 50.)

A. zeigt an der Hand zahlreicher Beobachtungen, daß bösartige Eierstocksgeschwülste, unter denen er das ödematöse Fibrom mit epithelialen Einlagerungen, das knollige, markige Karzinom und das Kystom mit fibrokarzinomatösen Einlagerungen unterscheidet, häufig die Metastasen eines primären typischen Schleimhautkrebses des Magens, seltener eines Karzinoms der Brustdrüse, des Darmes oder anderer Organe sind. Während die primäre Neubildung meist sehr klein ist, zeichnen sich die sekundären Eierstockskarzinome oft durch ihre beträchtliche Größe aus und finden sich häufig auf beiden Seiten; die primären Eierstockskrebse setzen im Magen fast nie Metastasen und dann nur als peritoneale Knoten. Als Lehre ergibt sich, bei allen voraussichtlich bösartigen Eierstocksgeschwülsten vor ihrer Operation genaue Untersuchungen, besonders des Magens, palpatorisch wie chemisch vorzunehmen.

Kramer (Glogau).

---

19) **Heusner.** Beiträge zur Behandlung der Knochenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 401.)

H. bespricht ausschließlich Technizismen und Schienen eigener Erfindung, die zur ambulanten Behandlung von Extremitätenbrüchen unter permanenter Extension dienen. Die praktisch erprobte Zweck-

mäßigkeit derselben und die verhältnismäßig einfache Konstruktion der Schienen empfehlen die H.'schen Methoden zur Nachahmung. Die Extensionsschienen werden durchgehends nicht mittels Heftpflasterstreifen hergestellt, sondern handbreite Binden aus rauhem Flanell- oder Baumwollstoff werden mittels des H.'schen Harzsprayverfahrens an die Haut angeklebt. Die Klebeflüssigkeit nebst dem zugehörigen Sprayapparat sind vom Apotheker Dr. P. Koch zu Neuffen in Württemberg beziehbar, der auch die sonstigen von H. gebrauchten Verbandsgegenstände handelt. Ebenfalls mit dem Sprayapparat werden, wo Hautstellen gegen Druck zu schützen sind (die Knöchel, das Tuber ischii bei Applikation der Gehschiene bei Oberschenkelbruch), Filzstückchen auf die Haut geklebt. Bevor Oberschenkelbrüche in den Gehverband kommen, wird etwa 8 Tage lang die Extension in Bettlage angewandt, wobei, um Kniedistension zu vermeiden, für den Ober- und Unterschenkel besondere Extensionsstreifen angeklebt werden. Die Grundlage für den Oberschenkelgehverband bilden Schienen aus verzinntem, weichem Bandstahl, die in Matratzengurten eingenäht sind. Sie werden mittels Stärkebinden angewickelt, zwischen welche zur Verstärkung Stücke von Rohrstuhlgeflecht eingefügt werden. Es kommen drei etwa meterlange Schienen auf die vordere, äußere und hintere Seite, welche vom Kniegelenke bis an den Brustkorb reichen. Unter dem Gehbügel der eigentlichen Gehschiene, welche am Tuber endigt, werden die Extensionsschlingen zusammengeknüpft. Zur Verbandanlegung wird Pat. in einem Eisenrohrgestell aufgehängt, welches unten eine Extensionsvorrichtung mittels Schraubenmechanik besitzt (s. Abbildung). Unterschenkelbrüche erhalten Gehverbände aus Gips, die bis zum halben Oberschenkel reichen; Knöchelbrüche werden am besten nicht ambulant, sondern im Bett mittels abnehmbarer Schalenverbände oder Gewichtszug behandelt.

Für Oberarmbrüche genügt zur Extension unter Umständen das Eigengewicht des freihängend gelassenen Armes, der aber hierbei oft an der Hand unliebsam ödematös wird. Dies zu vermeiden läßt man den Arm im Ellbogen gebeugt in einer Mitella tragen, die aber nur die Hand aufnimmt, den Vorderarm frei läßt. An das Unterende des Oberarmes wird eine Bandage geklebt, in welche Gurtenschienchen eingelassen sind, die am unteren Ende hakenförmig nach oben umgebogen sind. In die hierdurch hergestellten nach oben offenen Krallen legt H. als Gewicht einen kranzförmigen Schrotbeutel oder eine halbröhrenförmig zusammengebogene Bleiplatte (s. Abbildung). Zur Behandlung von Brüchen der Ellbogenkondylen des Humerus bedarf es einer Extension der unteren Humerushälfte nach unten nebst einer Extension des im Ellbogen rechtwinklig getragenen Vorderarmes handwärts. Diesem Zwecke dient eine dem Arme von der Achsel bis zur Hand anzubandagierende Eisenschiene, die sich in die Achsel mittels einer Krücke stemmt, dem Oberarm an der Innenseite, dem supinierten Vorderarm aber an der Dorsalseite anliegt. Am Ellbogen ist der Schiene eine U-förmige Ausschweifung nach unten gegeben, vorn trägt sie eine

Rolle. Zur Extension dienen Gummibinden oder Schläuche, die auf Ober- und Unterarm vermittels angeklebter Gurte wirken. Die angespannten Gummizüge werden an dem U-förmigen Ellbogenschienenteil befestigt, die antebrachialen, nachdem sie über die erwähnte Rolle geführt worden (s. Abbildung). Für Behandlung von Vorderarmbrüchen dient eine Schiene, die ähnlich konstruiert ist, aber nur die untere Hälfte des Oberarmes in sich mit aufnimmt und natürlich nur auf die Vorderarmextension abzielt. Sie kommt auch bei der typischen Radiusfraktur zur Anwendung, wobei zu erwähnen ist, daß H. auf die sonst übliche Stellung der Hand in Ulnarabduktion verzichtet. Nur wird der Extensionszügel mehr auf die Radialseite der Extremität geklebt, auch wird in leichter Pronationsstellung bandagiert. Auch diese Schiene ist abgebildet. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

20) **Guermonprez.** Études sur le traitement des fractures des membres. 1644 p. 235 fig.

Paris, **F. Rousset,** 1906.

Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit der Massage- und Mobilisationsbehandlung der Frakturen und Extremitäten. G., Prof. der Unfallchirurgie in Lille, übt diese Behandlungsmethode seit dem Jahre 1895 und führt sie in der Weise aus, daß er zwischen den einzelnen Behandlungssitzungen die Fraktur — auch Oberschenkelbrüche — mittels einfacher Holzschienen fixiert, die zum Zwecke der Redression mit Filzstücken unterpolstert werden. Die hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden sehr ausführlich auf etwa 1000 Seiten erörtert. Das letzte Drittel des Werkes, über 600 Seiten, ist der Nachbehandlung gewidmet und behandelt die Gymnastik und Mechanotherapie. 34 Abbildungen medikomechanischer Apparate, die größtenteils den Katalogen der Firma Rössel & Schwarz entstammen, schließen ohne jegliche textliche Erläuterung das Buch ab. Der bzw. die Verfasser — die große Mehrzahl der 37 Kapitel ist von den Schülern G.'s geschrieben — haben das Werk als »Studien« bezeichnet, und dieser Umstand macht es vielleicht erklärlich, daß wir so manche Dinge vermissen, die man in einem so breit ausgeführten Werke unbedingt zu finden erwartet. Vergeblich suchen wir, obwohl G., wie er selbst schreibt, ein Unfallmaterial von über 23000 Fällen überblickt, eine Angabe der Zahl, eine genaue Analyse und eine systematische Zusammenstellung der nach den erörterten Grundsätzen behandelten Frakturen, vergeblich eine auch nur einigermaßen zusammenfassende Angabe über die Endresultate, wenn auch einige Beobachtungen verschiedentlich recht ausführlich wiedergegeben sind. So sind, um nur ein Beispiel zu erwähnen, die Brüche des Vorderarmes ohne Mitteilung einer einzigen Krankengeschichte auf knapp 3 Seiten abgehandelt. Röntgenbilder sind überhaupt nich reproduziert worden.

Daß die deutsche Literatur nur sehr dürftig berücksichtigt worden ist, ist bei einem Autor, der sich dafür recht eingehend auf die Literatur

des eigenen Landes bezieht, noch einigermaßen erklärlich; daß aber in einer so aktuellen Frage und namentlich bei einer so umfangreichen Behandlung derselben die Verdienste eines Bardenheuer nur mit einem kurzen Satze gestreift werden, ist direkt unverständlich. Seiner Seitenzahl nach — das Werk umfaßt 1644(!) Seiten — dürfte das Buch vielleicht eine der ersten Stellen unter den Frakturwerken einnehmen; seinem Inhalte nach gebührt ihm ein solcher sicher nicht, wenn auch nicht in Abrede gestellt werden soll, daß es eine Reihe schöner und treffender Ausführungen enthält. Für die funktionelle Behandlung der Knochenbrüche, die auch in Deutschland immer mehr an Boden gewinnt, dürfte das vorliegende Buch nur einen geringen werbenden Einfluß entfalten; denn die schönsten theoretischen Raisonnements verlieren an Wert, wenn sie nicht durch genügend positive Grundlagen und praktische Ergebnisse gestützt werden, und diese in einer auch nur einigermaßen zusammenfassenden Darstellung mitzuteilen, hat der Autor unterlassen.

Deutschländer (Hamburg).

---

21) **Schrecker.** Über die Behandlung der suprakondylären Fraktur des Humerus und Femur mit Bardenheuer'scher Extension. (Aus dem Bürgerhospital in Köln. Abteilung von Prof. Bardenheuer.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Der durch Mitteilung zweier Fälle illustrierte Artikel will aufs neue auf die schönen Erfolge der Bardenheuer'schen Extensionsmethode hinweisen. Durch diese gelingt es am besten, die Bruchflächen möglichst ideal miteinander in Kontakt zu bringen, die Bildung einer festen Knochenverbindung mit möglichst wenig Callus zu erreichen, die elastische Retraktion aller die Bruchstelle umgebenden Muskeln und anderen Gewebe zu überwinden und dem Eintreten von Gelenkversteifungen vorzubeugen. Die Methode trägt somit mehr wie jede andere den physiologischen Verhältnissen Rechnung.

Kramer (Glogau).

---

22) **P. Ewald.** Zur Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 366.)

Von allen zur Erklärung der Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung aufgestellten Theorien haben nur zwei sich als brauchbar erwiesen, einmal die Annahme eines Bildungsfehlers, beruhend auf einem vitium primae formationis, und zwar auf Hemmungsbildung der Gelenkpfanne, sodann aber die Annahme, daß die Verrenkung als Belastungsdifformität, durch Raummangel oder eigenartige Druckwirkungen in der Gebärmutter mechanisch entstanden zu denken ist. Beide Theorien werden von den maßgebendsten Autoren mit guten Gründen gestützt. E. hält die Beweisführungen für beide Theorien kritisch nebeneinander und ergreift seinerseits für die mechanische

Belastungstheorie Partei. In seiner Erörterung der Streitfrage bringt er alles Wissenswerte, was in der Literatur zur Sache ausgeführt ist, vor und weiß in beredter Weise dem von ihm selbst eingenommenen Standpunkte das Wort zu reden. Er stützt sich dabei zunächst auf zwei Beobachtungen aus der Vulpius'schen Heilanstalt, in deren erster die mit doppelter angeborener Hüftverrenkung behaftete 5jährige Pat. bei ihrer in Steißlage erfolgten Geburt einen rechtsseitigen Schiefhals und Klumpfüße, die sich übrigens spontan besserten, mit auf die Welt gebracht hatte. Auch bei dem zweiten, ebenfalls in Steißlage geborenen Kinde, war neben einseitiger Hüftverrenkung ein rechtsseitiger Schiefhals angeboren. Gleichzeitiges Auftreten dieser Leiden ist auch andernorts wiederholt beobachtet, ebenso die Vergesellschaftung der Hüftverrenkung mit Genu recurvatum oder Kniesubluxationen, Klumpfüßen, nicht rachitischen Formen von Trichterbrust usw. Da aber alle diese die Hüftverrenkung jeweilig komplizierenden Deformitäten ihrerseits einwandsfrei und mehr oder weniger allgemeingebräuchlich als echte intra-uterin erworbene Belastungs- bezw. Druckdifformitäten zu erklären sind, ist Grund genug vorhanden, auch die Hüftverrenkung als analog entstandes Leiden zu deuten.

Auf alle Einzelheiten der E.'schen Diskussion ist nicht einzugehen. Als sehr plausibeles Beweismoment gegen die Annahme eines eigentlichen Bildungsfehlers ist besonders die von E. geltend gemachte Tatsache anzuerkennen, daß durch die orthopädische Behandlung der Verrenkung nach Lorenz usw. in manchen Fällen einwandsfreie Heilung mit Herstellung ganz normaler anatomischer Gelenkverhältnisse herbeigeführt werden kann, was nie der Fall sein würde, läge wirklich eine fehlerhafte Keimentwicklung vor. Zur Herstellung abnormer Belastungs- und Druckverhältnisse auf das Kind im Uterus bedarf es durchaus nicht immer eines Mangels an Fruchtwasser. Form und Lage des Uterus, Lage und Haltung des Kindes genügen für sich schon, unter Umständen dergleichen regelwidrige Zustände zu schaffen. Zur Erklärung der bekannten größeren Disposition des weiblichen Geschlechtes für die angeborene Hüftverrenkung genügt die von Heusner nachgewiesene größere Lockerheit und Dehnbarkeit der Hüftgelenkkapsel bei weiblichen Föten und Neugeborenen. Nur Fälle, wo außer der Hüftverrenkung noch in größerer Anzahl schwere bezw. monströse Mißbildungen zugegen sind, bleiben allerdings für die Erklärung durch abnorme Keimentwicklungen vorbehaltbar, die Fälle der typisch-alltäglichen Verrenkung sind durch die von E. vertretene mechanische Theorie ganz hinlänglich deutbar. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 22 Arbeiten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

23) **v. Mosetig-Moorhof.** Koxitis.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 1.)

Verf. hat seit März vergangenen Jahres acht Hüftgelenkresektionen wegen Coxitis tuberculosa suppurata ausgeführt und dabei eine Me-

thode geübt, die unbestritten die allerbeste Zugänglichkeit für Auge und Hand schafft und dabei auch die allerschonendste ist bezüglich der Muskelerhaltung. Es ist die Methode nach Ollier: breite Lappenbildung an der Außenseite des Gelenkes mit temporärer Absägung des Trochanter major. Neu ist in dem Verfahren, das Verf. übt, nur der Umstand, daß er sich bestrebt, den nach der Resektion zurückbleibenden großen Hohlraum zu eliminieren, indem er ihn mit Jodoformplombe anfüllt. Hierdurch vermeidet er die jeden mit der Außenwelt kommunizierenden Gewebshohlraum begleitende Eiterung und deren Folgen und erzielt eine viel raschere Heilung, indem das ganze organische Ausfüllungsmaterial zur Vernarbung Verwendung findet, nichts davon durch Eiterung verloren geht. **Paul Wagner** (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

24) **E. Kaufmann** und **E. Ruppauer.** Über die alveolären Geschwülste der Glandula carotica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 259.)

Die Arbeit gibt im Anschluß an zwei eigene von K. selbständig anatomisch studierte Fälle eine erschöpfende Erörterung über die seltenen und eigenartigen, wenig bekannten Geschwülste der Glandula carotica in anatomischer wie klinisch-chirurgischer Beziehung. Die beiden neu beigebrachten Fälle sind von Fritzsche (Glarus) bezw. v. Mikulicz operiert. Der erstere betraf ein 21jähriges Fräulein, deren linksseitige, unterhalb des Kieferwinkels nunmehr gänseeigroße Geschwulst sich binnen $2^1/_2$ Jahren herausgebildet hatte. Beschwerden waren gering, zur Operation lediglich kosmetische Rücksichten maßgebend. Die Geschwulst, von einer Kapsel umgeben, in der viele Venen verliefen, hatte an der Bifurkation der Carotis communis ihren Sitz, und waren die Artt. carotis int. und ext. sowie die Thyreoidea sup. tief in sie eingebettet. Doch gelang es unter zeitraubender Arbeit diese Gefäße stumpf auszulösen, wonach die Vollendung der Geschwulstoperation ohne weitere Verletzung nicht mehr schwierig war. Heilung per primam. 4 Monate später mußte der Pat. auch rechterseits eine Halsgeschwulst exstirpiert werden, die aber nur ein verkästes Lymphom war. Der Mikulicz'sche Fall betrifft eine 20jährige Lehrerstochter, deren knabenfaustgroße Geschwulst seit ca. 7 Jahren bestand. Ein bereits vor 2 Jahren andernorts gemachter Operationsversuch hatte wegen heftiger Blutung abgebrochen werden müssen. Die Operation gestaltete sich äußerst schwierig. Wegen starker Verwachsungen wurden die Jugularis communis und die Carotis communis unterbunden, der N. hypoglossus durchtrennt. Ein nach dem Foramen jugulare hinziehender Geschwulstfortsatz konnte nicht sauber entfernt, mußte vielmehr unter einer liegenbleibenden Klemme reseziert werden. Es trat doppelseitige Schluckpneumonie ein, die am Tage nach der Operation zum Tode führte. Bei der Sektion zeigte sich auch der N. vagus von einer Ligatur mitgefaßt.

Die sorgfältige Beschreibung des aufs eingehendste aufgenommenen histologischen Befundes der beiden Operationspräparate nimmt den größten Teil der Arbeit ein, wobei zahlreiche Abbildungen beigegeben und die Untersuchungsresultate bei anderen Fällen gründlich verglichen werden. Hier soll unter Verweisung auf das Original bezüglich aller Details nur kurz hervorgehoben werden, daß der Hauptbefund in einer Anhäufung von Zellen besteht, die in großen, verschiedenartig gestalteten charakteristischen Alveolen eingeschlossen sind. Im Bindegewebsstroma sind reichliche Kapillaren, stellenweise aber auch reichliche Zellen- bzw.

Zellenkernanhäufungen, syncytialer Art und durch starke Kernfärbung hervortretend, bemerkenswert.

Der klinische Arbeitsabschnitt bringt eine Zusammenstellung sämtlicher bislang bekannter einschlägiger Fälle, insgesamt, einschließlich der beiden neu publizierten, 18 an der Zahl. Als Resultat der aus diesem Materiale zu entnehmenden Daten ergibt sich, daß die fraglichen Geschwülste in der Regel ziemlich glatt und gut abgrenzbar sind. Sie entwickeln sich im besten Lebensalter, vom Ende der Pubertätszeit an und bevorzugen etwas das weibliche Geschlecht sowie die linke Körperhälfte. Ihr Wachstum ist langsam, die durch sie veranlaßten Beschwerden nicht erheblich. Sie entwickeln sich in der Höhe der Teilung der Carotis, sind wenig verschieblich und zeigen von den Gefäßen mitgeteilte Pulsation. Ihre Konsistenz ist verschieden, meist weichelastisch. Druckempfindlichkeit fehlt meist, am unteren Geschwulstpol ist Pulsation der Carotis häufig fühlbar. Differentialdiagnose nicht leicht, namentlich gegen Aneurysma. Die Geschwülste zeigen eine wenn auch nicht erhebliche Bösartigkeit und erheischen deshalb die Operation, die aber wegen sehr häufiger Verwachsung mit den großen Gefäßen und Halsnerven außerordentlich schwer werden kann. Ohne Unterbindung eines größeren Gefäßes und Verletzung eines Nerven gelang die Operation nur in drei Fällen. Nicht weniger als vier von den 18 operierten Kranken sind im Anschluß an den Eingriff gestorben. Die exstirpierten Geschwülste zeigen einen braunroten bis grauroten Durchschnitt, welcher gefäßreich und porös, feinschwammig erscheint. Durchwucherung von Gefäßwänden, Durchbrüche der Geschwulstkapsel sind manchmal beobachtet, ebenso dreimal ein Lokalrezidiv nach der Exstirpation. Zum Schluß steht ein 38 Nummern zählendes Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **R. Freund.** Eine für Röntgenstrahlen undurchlässige biegsame Sonde.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Die von der Firma C. H. Müller in Hamburg hergestellte Sonde besteht aus einem gummiartigen, für Röntgenstrahlen undurchlässigen Stoff und zeichnet sich, obwohl nicht hohl, durch große Leichtigkeit und Biegsamkeit aus, so daß Pat. von ihr kaum belästigt wird. **Kramer** (Glogau).

26) **A. Cahn** (Straßburg). Über die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen und den Gebrauch der Quecksilbersonde bei Speiseröhrenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

C. berichtet über den hohen diagnostischen Wert der direkten, röntgenographischen Betrachtung des wismuthaltigen, die Speiseröhre hinabgleitenden Bissens bei Funktionsstörungen (Lähmung, Krampf) der Speiseröhre und über die günstigen Erfolge seiner Behandlung spasmodischer Zustände und von Narbenstenosen der Speiseröhre mit seiner Quecksilbersonde, einer mit Quecksilber gefüllten, dicht verschlossenen und am Ende mit Handgriffen versehenden Jacques' Patent-Schlundsonde. Von Interesse ist schließlich noch ein Fall von spindelförmiger Speiseröhrenerweiterung, deren Diagnose durch Röntgenuntersuchung nach Anfüllung der Speiseröhre mit Wismutbrei bestätigt wurde; auch hier brachte die Anwendung der Quecksilbersonde, welche die Cardia meist leicht passiert, dem sehr heruntergekommenen 8jährigen Knaben sehr großen Nutzen, wenn auch nicht Heilung. **Kramer** (Glogau).

27) **Lotheissen** (Wien). Zur Behandlung des Speiseröhrendivertikels.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

L., welcher selbst sich in einem Falle von Speiseröhrendivertikel mit der Gastrostomie begnügen mußte, erachtet zwar die Exstirpation des Divertikels für das beste Mittel zur dauernden Heilung desselben, hält aber auch die Sondenbehandlung unter gewissen Umständen für berechtigt und erfolgversprechend. Er

hat mit einer für diesen Zweck konstruierten Dilatationssonde, deren dilatierend wirkender Ballonteil mittels eines Gebläses aufgeblasen wird, recht gutes erreicht, nachdem er die Lage der verengten Lichtung der Speiseröhre durch die Ösophagoskopie genau festgestellt hatte. Durch die Sondierung wurde dieselbe von 14 mm Umfang (4,5 mm Durchmesser) auf 73—80 mm (23—26 mm Durchmesser!) erweitert, ohne daß der Kranke dabei Schmerzen oder sonstige Störungen gehabt hätte, und dadurch das Schlucken wesentlich gebessert. **Kramer** (Glogau).

28) **W. Wendel.** Über Röntgenbehandlung des Ösophaguskrebses. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

W. hat bei einem an tiefsitzendem Speiseröhrenkrebs leidenden 52jährigen Manne, der flüssige Speisen kaum noch schlucken konnte, Bestrahlung der Geschwulst durch das bis zu diesem eingeführte Ösophagoskop angewandt; sie wurden in acht Sitzungen von zuerst 5, dann 10 Minuten Dauer vorgenommen (nach Anästhesierung mit 10%iger Novokain-Suprareninlösung) und mit täglicher intramuskulärer Einspritzung von Chinin-Arseniklösung kombiniert. Der Erfolg war ein günstiger, insofern Pat. wieder feste, gut gekaute Speisen schlucken konnte und die Ulzeration der Neubildung nicht mehr sichtbar war; ob und wie lange die Besserung bestand, war nicht zu entscheiden, da der Kranke die Klinik seitdem nicht wieder aufgesucht hat. **Kramer** (Glogau).

29) **Sauerbruch.** Bericht über die ersten in der pneumatischen Kammer der Breslauer Klinik ausgeführten Operationen. (Aus der chir. Universitätsklinik zu Breslau [weil. Geh.-Rat v. Mikulicz.])

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

In der Unterdruckkammer sind bisher 16 Fälle — 2 Operationen am Brustkorbe mit Eröffnung der Pleura, 8 an den Lungen, 1 am Herzen und 5 an der Speiseröhre — operiert worden. Der Druck in der Kammer wurde auf etwa 8 mm Minus eingestellt, während der Operation je nach Bedarf auf —4 bis —6 mm erhöht und Schluß des Thorax auf —12 mm gebracht, damit sich die Lunge wieder vollständig entfalten konnte. Für die Narkose erwies sich Chloroform besser als Äther; Pat. wurde anfangs erst nach Eintritt des Toleranzstadiums, später aber sofort in die Kammer gebracht. Bei Ösophagusoperationen war ein großer Interkostalschnitt nicht ausreichend, so daß ein oder zwei Rippen mit entfernt werden mußten. Gute Resultate ergaben die Operationen am Brustkorbe mit Rippenresektion und Verschluß des Defektes mit einem auf die geblähte Lunge aufgepflanzten Hautmuskellappen; ebenso ein Fall von Operation einer Bronchialfistel. Dagegen waren die übrigen Operationen an der Lunge, mit Ausnahme zweier, die Besserung erbrachten, entsprechend der Art der Erkrankung (Gangrän) schlechte; die Herzoperation endete vor Anlegung der Naht infolge des schweren Blutverlustes, den Pat. durch Verletzung des linken Ventrikels und der Art. und Vena mammaria int. erlitten hatte, tödlich. Am ungünstigsten waren die Resultate auf dem Gebiete der Ösophaguschirurgie. Indes ergab die letzte der fünf wegen Speiseröhrenkrebses vorgenommenen Operationen, daß die in diesem Falle gemachte Gastroösophagostomie technisch ausführbar, der Magen um ein gutes Stück intrapleural zu verlagern ist; der Eingriff verlief ohne die geringste Störung, Atmung und Puls blieben während desselben ausgezeichnet. S. hält indes auf Grund dieses rasch tödlich verlaufenen Falles die Anlegung einer Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre beim inoperablem Speiseröhrenkarzinom nicht für indiziert, da die Gefahr im Verhältnis zum Nutzen der Operation zu groß ist; hingegen erscheint sie ihm bei — anderer Behandlung unzugänglichen — gutartigen Stenosen wohl berechtigt, wie er andererseits auch von den Speiseröhrenresektionen wegen Krebs bei frühzeitiger Ausführung in Zukunft bessere Resultate erhofft.

Kramer (Glogau).



30) **E. Grossmann.** Ein Urinfänger für Kinder.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 50.)

Der Urinfänger für Knaben besteht aus einem entsprechend weiten, abwärts gebogenen Glasrohre, das für Mädchen im oberen Teile weiter ist, um über die Vulva gestülpt werden zu können; an die Öffnung am unteren Ende des Glasgefäßes wird ein Gummirohr zur Ableitung des Urins in eine Urinflasche angebracht. Das obere Ende des Gefäßes wird mit Heftpflasterstreifen an Hodensack und Schamgegend befestigt. (Beziehbar von C. Steiner, Frankfurt a. M., Allerheiligenstr. 58). — Finkelstein und Bendix haben bereits 1900 einen ähnlichen Urinfänger empfohlen (Ref.). **Kramer** (Glogau).

31) **W. Knoll.** Ein Beitrag zur Pathologie des Karzinoms der weiblichen Urethra.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 461.)

Ein interessanter von Kappeler (Konstanz) operierter Fall. 68jährige Frau, früher 2mal ohne Weichteilverletzungen entbunden und nie mit Urinbeschwerden behaftet, erleidet plötzlich eine profuse Blutung aus den Genitalien, die, Tenesmus und starkes Brennen beim Harnen hinterlassend, sich öfter wiederholen. Pat. kommt herunter, stinkender Ausfluß stellt sich ein. Befund in der Vulva: Haselnußgroße Geschwulst, die nach rechts und unten von der äußeren Harnröhrenöffnung sitzt und diese etwas nach links verdrängt. Farbe tiefrot; stellenweise von gelblichen Borken bedeckte, zottige Oberfläche. Scheidenschleimhaut über der Geschwulst verschieblich, Harnröhrenschleimhaut verwachsen. Operation: Bogenschnitt nach hinten herum, einen Teil Scheide mitnehmend, dann Exzision im Gesunden, wobei ziemliche venöse Blutung; durch Unterbindung, Umstechung und Tamponade gestillt. Zuletzt hängt die Geschwulst wie an einem Stiele nur an der Harnröhre, von der ein 2 cm langes Stück des distalen Endes mit wegfällt. Umnähung des Harnröhrenstumpfes mit Scheidenschleimhaut, weiter Naht der Vulvawunde usw. Glatte Heilung mit guter Miktion, schön hergestellten örtlichen Formverhältnissen. Rezidivfreiheit nach 7 Monaten festgestellt. Histologisch zeigt die Geschwulst den typischen Bau eines zylinderzelligen Adenokarzinom, dessen Entstehung auf Wucherung der urethralen Schleimdrüsen oder vielleicht der Ductus paraurethrales zurückzuführen ist. Ein solcher Befund ist an den Karzinomen dieser Gegend eine große Seltenheit, und kann K. seinem Falle nur zwei analoge von Lahaye und Soullier zur Seite stellen. Auch diese betrafen ältere Frauen. Klinisch zeigt der K.'sche Fall die Leistungsfähigkeit der Operation bei dem Leiden, sofern letzteres frühzeitig vorgenommen wird. Ist erst die Beckenfascie und der Schließmuskel mit erkrankt, so wird die Prognose schlechter bzw. aussichtslos.

Einschlägige Literatur ist im Texte angezogen, zwei gut ausgeführte Abbildungen veranschaulichen den mikroskopischen Befund.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **Cook.** Intraperitoneal ruptur of the urinary bladder.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

Ein Mann, welcher vorher viel Bier getrunken hatte, fiel 18 Fuß hoch aus einem Fenster. Chok, Bauch aufgetrieben, mit dem Katheter aus der Blase nur wenig Urin zu entleeren. Laparotomie, in der Blasenwand $2^1/_2$ Zoll langer transversaler Riß; Naht desselben mit Catgut unter Vermeiden der Schleimhaut und Tampon auf die genähte Stelle. Ausgang in Heilung. **Herhold** (Altona).

33) **Kutner.** Zur Bilharziose der Blase.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 12.)

Bericht über einen Fall von Bilharziose der Blase, der nach ausgiebigster interner Behandlung (Copaivabalsamkur, Stypticin, Instillationen von Argentum und Sublimat) zur Sectio alta kam, um die cystoskopisch festgestellten Geschwülste der

Blasenschleimhaut zu entfernen. Der Erfolg war indessen auch nach der chirurgischen Behandlung ein negativer.

Interessant ist die vom Pat. selbst verfaßte und vom Verf. wiedergegebene sehr ausführliche Anamnese der Krankheit und der Bericht derselben bis zur Operation. Näheres ist im Originale nachzulesen. **Grunert** (Dresden).

34) **Darling.** Sarcoma of the bladder.

(Annals of surgery 1905. Dezember.)

Ein 4jähriger Junge erkrankte an mangelhafter Blasenentleerung, die so hochgradig wurde, daß die Sectio alta gemacht werden mußte. In der Blase fand sich ein begrenztes Myxom. Wegen Rezidivs mußte noch 3mal operiert werden, wobei es sich zeigte, daß die Neubildung allmählich sich in ein Adenosarkom umgewandelt hatte. Der Kranke ging infolge enormen Wachstums der rezidivierten Geschwulst, Kompression der Harnleiter, Pyelonephritis und allgemeiner Sepsis zugrunde. **Herhold** (Altona).

35) **R. Lücke.** Über die extraperitoneale Blasenhernie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 574.)

L. operierte im Berlin-Moabiter Krankenhause den seltenen Fall eines eingeklemmten extraperitonealen Schenkel-Blasenbruches. 25jähriger Schlosser, der vor 2 Jahren eine keine Folgen hinterlassende Gonorrhöe überstanden hatte. Die Erkrankung begann mit Schmerzen in der Magengrube, um den Nabel herum, ausstrahlend nach der Symphyse sowie in den rechten Oberschenkel; dazu leichtes Brennen beim Urinieren. Am 3. Tage wurden die Schmerzen unerträglich und rasend, und da nun eine Leistenanschwellung bemerkt wurde, erfolgt wegen Verdacht auf Brucheinklemmung, obwohl Erbrechen und Flatusverhaltung nicht vorlag, abends der Spitalszugang. Man findet eine walnußgroße, druckempfindliche, dumpfe Perkussion gebende Hernie. Narkose, Hautschnitt, Freimachung des Bruchsackes, aus dem man unter den Fingern das Entweichen von Bruchinhalt ohne Gurren fühlt. Eröffnung des Bruchsackes, der, auffallend dünn, zum Zerfasern neigt. Bruchsackflüssigkeit kaum nachweisbar. »Im Bruchsacke, seiner lateralen Hälfte anliegend, also an der Gefäßseite, liegt ein kleinfingerdickes, längliches Gebilde von 3—4 cm Länge. Beim Rollen desselben zwischen den Fingern läßt sich ein Lumen und ziemlich dicke Wandungen erkennen. Außen liegt auf demselben mäßig viel festes Fett, ähnlich dem Epikardialfett.« Lösung dieses Gebildes, Erweiterung des Bruchringes von außen nach innen durch Schnitt. Man kommt mit dem Finger durch den Bruchring nirgends in die freie Bauchhöhle, sondern nur in properitoneales Fett, namentlich nach der Symphyse hin. Ein eingeführter Katheter macht zweifellos, daß eine herniöse Blasenausstülpung vorliegt. Nachdem 100 ccm Urin entleert sind, schlüpft die Blasenausstülpung spontan zurück. Exstirpation des Pseudobruchsackes, der hauptsächlich aus Fascia cribrosa zu bestehen scheint. Bruchpfortennaht usw., glatte und vollkommene Heilung.

Die Beobachtung interessiert durch die hier beobachteten Symptome einer reinen Blaseneinklemmung, die noch wenig bekannt sind. Starke Schmerzen beim Fehlen typischer Darmeinklemmungszeichen. Von den anatomischen Befunden ist die dem epikardialen Fette ähnliche Fettanhäufung auf dem Blasenzipfel bemerkenswert. Es handelte sich aber nicht um eine richtige Lipombildung, weshalb auch die Roser'sche Lipomtheorie für die Entstehung dieses Bruches nicht anwendbar ist. Dagegen war die ziemlich feste Adhärenz der Blasenausstülpung an den Pseudobruchsack (Fascia cribrosa) auffällig. Vielleicht lag hier ein Residuum einer leichten perivesikalen Entzündung infolge der früheren Gonorrhöe vor. Das Austreten der Hernie mag plötzlich, etwa durch irgendeine heftige Bewegung, zustande gekommen sein.

Zum Schluß gibt L. noch ein Referat von den bislang bekannt gewordenen analogen Fällen, nur vier an der Zahl. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

36) **J. Finsterer.** Über Harnblasensteine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 414.)

F. gibt in dieser Arbeit eine Beschreibung der wichtigsten Exemplare der reichhaltigen, eine Stückzahl von 1779 besitzenden Harnblasensteinsammlung der II. chirurgischen Universitätsklinik in Wien. Die Mehrzahl der Steine dieser Sammlung stammt von Prof. Rayer, der sie meist durch Medianschnitt zwischen 1850 und 1860 in Kairo gewonnen hat. Fortgesetzt wurde die Sammlung durch Billroth, Gussenbauer und Hochenegg. 17 der beschriebenen Steine sind auch gut abgebildet, und gewährt schon die Musterung dieser Figuren bedeutendes Interesse. Im Text ist die lithologische Literatur (Verzeichnis derselben von 70 Nummern zum Schluß der Arbeit) eingehend herangezogen. Bezüglich aller Details ist auf das Original zu verweisen, das der vielen interessanten und seltenen Beobachtungen wegen, die es enthält, zur Kenntnisnahme nur zu empfehlen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **Adrian.** Ein neuer, operativ behandelter Fall von intermittierender cystischer Dilatation des vesikalen Ureterendes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 3.)

Ein 26jähriges Mädchen litt an Beschwerden, die auf ein Magengeschwür hinwiesen. Im Verlaufe der Erkrankung traten dann Symptome auf, die für eine rechtsseitige Wanderniere mit ausstrahlenden Schmerzen in die linke Seite und cystitischen Erscheinungen sprachen. Die cystoskopische Untersuchung ergab das leicht erkennbare Bild einer intermittierenden cystischen Dilatation des vesikalen Harnleiters der linken Seite. Die Cyste wurde gespalten, die Blasen- und Harnleiterschleimhaut umsäumt und so die Pat. von ihren Beschwerden befreit. Die Diagnose ist zu stellen aus dem Fehlen des Harnwirbels auf der betreffenden Seite und aus der Intermittenz der Sackbildung, d. h. aus der wechselnden Füllung und Entleerung der Cyste, welche auf eine Verbindung zwischen ihr und der Harnblase hinweist. Nach dem postoperativen cystoskopischen Befund einer Wiederkehr des Harnstrahles auf der operierten Seite scheint die linke Niere ihre Funktionsfähigkeit nicht eingebüßt zu haben, wenn sie wohl auch erkrankt war. Bemerkenswert ist, daß die Cystoskopie im vorliegenden Falle nicht nur zur Diagnose, sondern auch zur Feststellung der richtigen Seite führte, da die klinischen Symptome auf die entgegengesetzte Körperhälfte hinwiesen.

Die beschriebene Harnleiteraffektion kann symptomlos verlaufen und die Anomalie erst bei der Sektion entdeckt werden. In anderen Fällen treten hingegen cystitische Beschwerden, Harndrang, schmerzhafte Miktion, nierenkolikähnliche Beschwerden, Hydro- und Pyonephrosen auf. Seltener wird die Cyste in dem Blasenhals oder der Harnröhrenmündung eingeklemmt, so daß es zu Urinverhaltung kommt. Bei großen Cysten kann durch Druck auf beide Harnleiter Anurie erzeugt werden.

Die Therapie hat in Ausführung des hohen Blasenschnittes, Inzision und Exzision der Cyste und Umsäumung der Schleimhaut zu bestehen. Geeignetenfalls könnte die Anwendung des Operationscystoskops in Frage kommen, und hier und da wird wohl auch eine Operation an der veränderten Niere notwendig werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

38) **Stanton.** Actinomycosis limited to the urinary tract.

(Albany med. annals 1905. Nr. 11.)

Eine auf den Harnapparat beschränkte Aktinomykose ist sehr selten, viel häufiger dagegen eine aktinomykotische Nierenerkrankung im Verlaufe der pyämischen Form der Aktinomykose. Nicht selten wird auch Blase oder Niere sekundär durch direkte Ausbreitung ergriffen, besonders nach Darmaktinomykose.

Der vom Verf. beobachtete Fall, in welchem nach dem Sektionsbefund eine auf Niere und Blase beschränkte Aktinomykose vorlag, verlief klinisch als Cystitis

und Pyelonephritis. Die Natur der Erkrankung wurde erst durch die histologische Untersuchung der Niere erkannt. Die anatomische und histologische Diagnose ergab demnach: rechtsseitige Pyelonephritis, Nierenbecken mit dünnem, graugelbem Eiter gefüllt, die Pyramiden und die angrenzende Rinde zeigen Streifen eitriger Infiltration, an manchen Stellen kleine, mit dickem Eiter und nekrotischem Gewebe gefüllte Abszesse; diese Stellen weisen im mikroskopischen Bilde zahlreiche typische Aktinomyceskolonien auf. Außerdem chronische ulzeröse Cystitis, Eiterung in Blasendivertikeln, jedoch ohne Aktinomyces, Lungentuberkulose.

Der Infektionsmodus in vorliegendem Falle blieb zweifelhaft, doch wiesen manche Umstände darauf hin, daß ein Primärherd in irgendeinem anderen Körperteile bestanden hatte, welcher zur Zeit der Autopsie verschwunden, bzw. bereits ausgeheilt war. **Mohr** (Bielefeld).

39) **H. C. Lloyd.** Necrosis of the entire renal cortex of both kidneys.
(Lancet 1906. Januar 20.)

Verf. bereichert die noch wenig umfangreiche Literatur über die seltene Affektion um einen weiteren Fall. Eine 39jährige Multipara bekam nach einer sonst glatt verlaufenen Entbindung zunächst einige eklamptische Anfälle und dann eine allmählich vollständig werdende Anurie. Am 11. Tage erlag sie derselben. Die pathologische Untersuchung der Nieren ergab eine völlige Nekrose der Rindensubstanz beider Nieren; über die genaueren histologischen Befunde hierbei muß auf das Original verwiesen werden.

Verf. reiht seinen Fall den (in der englischen Literatur!) von Rose Bradford (1898) und Griffith und Herringham 1905 beschriebenen an.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

40) **Van der Veer.** End results in surgery of the kidney, based on a study of 90 cases, with 123 operations.
(Albany med. annals 1905. Nr. 9 u. 11.)

Verf. berichtet, unter Einfügung der interessantesten Fälle, über seine Erfahrungen bei 123 Nierenoperationen wegen verschiedenartigster Erkrankungen. Aus V.'s Schlußfolgerungen sei folgendes erwähnt: bei Niereneiterungen bewährte sich die Kombination von Nephrotomie mit späterer Nephrektomie besonders bei Pat., welche eine längere Operation nicht ertragen hätten, zumal auch bei sehr vergrößerter Niere mit vielfachen Abszessen; die einfache Nephrotomie und Drainage erleichterte öfters infolge der Abschwellung des Organs die spätere Nephrektomie. Bei der rein cystischen Form, der echten Pyonephrose, ist die primäre Nephrektomie in der Mehrzahl der Fälle vorzuziehen. V. fand die transperitoneale Entfernung sehr leicht und zweckmäßig bei großen Cysten oder weichen Geschwülsten. Bei großen Eiternieren, besonders mit vielfachen Abszessen, besteht immer einige Gefahr, daß auf die Nephrektomie eine infektiöse Peritonitis folgt. Zwei Fälle von Hydronephrose bei jungen Frauen, vermutlich durch Wanderniere verursacht, heilten vollständig durch einfache Aspiration. In Fällen von Wanderniere mit ausgesprochenen Steinsymptomen ist die Diagnose sehr unsicher, und V. berichtet über mehrere Fälle, welche mit der Diagnose Nephrolithiasis operiert wurden, ohne daß Steine gefunden wurden. Auch unter sechs operierten Fällen von Nephralgie, in denen ein Stein im Nierenbecken vermutet wurde, konnte nur in einem Falle die Steindiagnose durch die Operation bestätigt werden. Die Kapselspaltung linderte in Fällen von anscheinend reiner Nephralgie die Schmerzen. Die mitgeteilten Fälle von Nierentuberkulose zeigen die Wichtigkeit der Frühoperation und die guten Heilungsaussichten bei dieser. Unter den acht Fällen von bösartigen Nierengeschwülsten waren sechs Sarkome und ein Hypernephrom; letzteres wurde durch transperitoneale Operation entfernt; die von der Nebenniere ausgehende Geschwulst zeigte zentrale Nekrose, Erweichung und Blutung, war auf die Niere übergegangen; in der Geschwulstkapsel Verkalkung und Knochenbildung. Zwei Pat., denen beide Nieren wegen chronischer Nephritis entkapselt wurden, zeigten Besserung der kli-

nischen Symptome. Von Nierentraumen ist eine bei konservativer Behandlung (ohne Operation) geheilte Pistolenschußwunde der Niere bemerkenswert, während in einem zweiten gleichen Falle Pat. nach der Nephrektomie starb; die Niere wies eine sternförmige Zerreißung auf, Nierenarterie und Nierenbecken ausgedehnt verletzt. Schließlich erwähnt V. mehrere Fälle, in denen die Diagnose zwischen Wanderniere, Cholelithiasis und Ovarialcyste vor der Operation schwankend blieb. Bei Schwierigkeit, den Nierenstiel zu unterbinden, machte V. gute Erfahrungen mit Klemmen, welche 48—72 Stunden liegen blieben; Nachblutungen wurden nicht beobachtet. **Mohr** (Bielefeld).

41) **E. Steiner.** Über Mischgeschwülste der Niere.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1905.

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur, speziell der Arbeiten von Ribbert, Wilms und Birch-Hirschfeld, beschreibt Verf. den makroskopischen und mikroskopischen Befund einer Mischgeschwulst, die sich bei einem 41jährigen Mann an der Stelle einer fehlenden Niere und Nebenniere vorfand. Auf der Seite der Geschwulst war kein Harnleiter vorhanden, ebensowenig Nierengefäße. »Die Neubildung war ganz offenbar auf dem Boden einer Entwicklungsstörung entstanden, es hatten sich die zur Bildung der Niere und Nebenniere vorhandenen Gewebskeime nicht zu einem organischen Ganzen entwickelt, sondern zu einem ungeordneten und schrankenlos wachsenden Gebilde.« Hierfür sprach der mikroskopische Befund. Es fand sich Bindesubstanzgewebe mit epithelialem Gewebe vermischt, beide in den verschiedensten Entwicklungsstadien. Stellenweise bestand die Geschwulst aus sarkomartigem, indifferentem Keimgewebe, aus dem sich durch mehr oder weniger vollkommene Differenzierung die einzelnen Gewebsarten sowohl bindegewebiger wie epithelialer Natur entwickelt haben. Die Metastasen auf dem Bauchfelle bestanden nur aus diesem indifferenten Gewebe.

K. Schultze (Bonn).

42) **G. Fourré.** Un cas de périnéphrite suppurée.

(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 1.)

Der 21jährige Pat. erkrankte ganz plötzlich unter Erbrechen, Schmerzen und Schüttelfrösten an Appendicitis. Unter der üblichen Behandlung verlief der Fall — abgesehen von einer bösen Exazerbation am 7. Tage — ohne Besonderheiten. Gegen Ende der 3. Woche lokalisierte Pat. seine Schmerzen etwas höher gegen die Rippen hin. Am 24. Tage Temperaturanstieg.

Pat. klagte über rechtsseitige Kreuzschmerzen. Das rechte Bein tat ihm weh, besonders wenn es in der Hüfte gebeugt wurde. Unterhalb der Leber fand sich hoch nach oben ein Schmerzpunkt, der nicht zu tasten war; nirgends Fluktuation. Starker Druck auf die Lendengegend machte Schmerzen. An der Basis der rechten Lunge eine undeutlich begrenzte Partie relativer Dämpfung. Bei sehr genauer Untersuchung war eine kaum wahrnehmbare perirenale Schwellung zu bemerken. Kein Lumbalödem.

Am 38. Tage hustete Pat. plötzlich übelriechenden Eiter in mäßigen Mengen aus. Schaumig-eitriger Auswurf hielt sich noch einige Tage. Pat. genas.

V. E. Mertens (Breslau).

43) **Johnstone.** A case of retroperitoneal fibrolipoma; operation; recovery.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 2.)

Bericht über einen mit Erfolg operierten Fall von retroperitonealem Fibrolipom bei einer 38jährigen Frau, das im Laufe von 3 Monaten zu seiner sehr beträchtlichen Größe herangewachsen war, ohne allgemeine Störungen zu verursachen. Bei der Operation, die in der Annahme einer Eierstocksgeschwulst vorgenommen wurde, gelang es ohne alle Schwierigkeit, das 20 Pfund schwere Lipom glatt auszuschälen. 9 Monate später kein Rückfall. **Weber** (Dresden).

44) **Uthmöller.** Ein durch Drainage des Cystensackes erfolgreich behandelter großer Ovarialtumor.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 44.)

Die Auslösung der Ovarialcyste war bei der 70jährigen Pat. wegen sehr fester Verwachsungen mit der Bauchwand und den benachbarten Eingeweiden ohne Gefahren nicht möglich, so daß sich U. mit der Entleerung des Sackes und seiner Einnähung in die Bauchwunde begnügen mußte. Die Cyste wurde mit mehreren Mullbinden ausgestopft und kam nach reichlicher Absonderung in den ersten Wochen allmählich zur Verödung. Vollständige Heilung. **Kramer** (Glogau).

45) **A. Hofmann** (Karlsruhe). Extensionsbahre.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 52.)

Der Apparat stellt einen ca. 2 cm langen und 70 cm breiten, aus Gasröhren verfertigten Rahmen dar, an welchem mittels Glisson'scher Schwinge einer- und Fußlaschen und Beckengurte andererseits eine Extension des ganzen Skeletts vorgenommen werden kann, wobei Tragbänder an den erforderlichen Stellen die Unterstützung für den Körper nach Art einer Tragbahre abgeben. Über die Art der Lagerung des an der Wirbelsäule oder den Knochen der Beine verletzten Pat. auf der Bahre s. Orig. und die beigegebene Abbildung. Beziehbar von F. L. Fischer in Freiburg i. B. **Kramer** (Glogau).

46) **P. Glimm.** Zur Ätiologie tumorverdächtiger Cysten der langen Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 476.)

Die Arbeit lehnt sich an zwei in der Greifswalder Klinik von Friedrich operierte Fälle an. Im ersten derselben handelt es sich um einen 12jährigen Knaben, der wegen Schmerzen im linken Oberschenkel, entstanden nach einem Fall auf diesen, vor ½ Monat aufgenommen war. Befund: spindelige, druckschmerzhafte Knochenauftreibung unterhalb des großen Trochanter, von ca. 8 cm Länge, keine Anhalte für Rachitis und Lues. Röntgen zeigt auch diese Auftreibung, die, cystenartig aussehend, eine Corticalisverdünnung, außerdem eine Infraktionslinie mit Callusentwicklung aufweist. Diagnose zweifelhaft: Myelogene Geschwulst oder Cyste? Die Operation führt nach leicht ausführbarer Durchmeißelung einer dünnen Knochenschale in eine glattwandige, mit gelbroten schleimigen Massen gefüllte Höhle. Auslöffelung bis in normales Mark, außenseits Abtragung der dünnen Cystenwand. Nachbehandlung mittels Tamponade, sowie Gips-, später Extensionsverband, da die Knochenschale beim Aufheben des Kranken neuerdings gebrochen war. Völlige Ausheilung. Mikroskopisch fand sich die Cystenwand aus Bindegewebe, der Inhalt der Cyste aus Blutzellen und Schleimsubstanz bestehend. — Ähnliche solitäre Röhrenknochencysten sind jetzt 36 bekannt, die G. kurz zusammenstellt. Aus dieser Beobachtungsreihe ergibt sich, daß die Erkrankung fast ausnahmslos das jugendliche Alter, meist noch vor dem 16. Lebensjahre betrifft, mithin ein Leiden des jugendlichen, wachsenden Knochens darstellt. Mit Einschmelzung fester Geschwulst hat diese erfahrungsgemäß gutartige Affektion nichts zu tun, sie ist als das Produkt einer Entzündung anzusehen, die, gewöhnlich dicht unter der Epiphysenlinie beginnend, eine fibröse Umwandlung des Knochenmarkes und eine Knochenentkalkung herbeiführt. Ausgedehnte Resorptionsvorgänge vermitteln die Bildung der Höhle, die gleichmäßig wächst und auch die Rinde ergreift und verdünnt.

In Fall 2 handelt es sich um einen 25jährigen Mann, der vor ½ Jahr sich an die Vorderkante des Schienbeines stark gestoßen hatte. 3 Wochen Bettlägerigkeit mit Verdickung und Bluterguß an der gestoßenen Stelle. Die Geschwulst hatte sich nicht verloren und war dauernd schmerzhaft. Befund: spindelförmige Tibiaauftreibung, deren Röntgenbild das Aussehen einer Höhle innerhalb der durch Periostwucherung verbreiterten Corticalis zeigt. In der Tat ergibt die Aufmeißelung eine pflaumengroße abgeschlossene, mit dem Markraume nicht kommunizie-

rende Höhle, welche mit Blut gefüllt ist. Weder Nekrosen, noch Eiter oder Granulationen werden aufgefunden. Abtragung der vorderen Knochendecke dieser Pseudocyste, Hautnaht, Heilung per primam. — Dieser Fall, rein traumatischen Ursprunges, ist als aseptische Osteoperiostitis anzusprechen. Vielleicht handelte es sich um Absprengung eines kleinen Knochenstückchens der Corticalis, nebst subperiostalem Bluterguß, dem starke Knochenwucherung einerseits und ebenfalls starke Resorptionsvorgänge andererseits folgten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

47) **D. G. Zesas.** Über syringomyelitische Schultergelenksverrenkungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 165.)

An der Hand einer eigenen Beobachtung sowie von 28 in der Literatur veröffentlichten Fällen, die Z. aus den Sammelarbeiten von Schrader und Schlesinger entnahm, führt er den für das Unfallversicherungswesen wichtigen Nachweis, daß häufig wiederkehrende sog. habituelle Schulterverrenkung ein typisches Symptom der Syringomyelie ist, das zu einer frühzeitigen Diagnose dieser sonst noch latent gebliebenen Erkrankung Anlaß geben kann. In dem Z.'schen Falle war es ein 58jähriger Landwirt, der sich seit 7 Jahren fast alljährlich infolge verhältnismäßig sehr geringer Traumen (leichter Fall, Hantieren mit der Heugabel, Striegeln eines Ochsen usw.) den linken Arm verrenkt hatte. Die Repositionen gelangen leicht und schmerzfrei, dabei zeigte das Gelenk objektiv den Oberarmkopf etwas atrophisch. Nervenbefund: starke Herabsetzung der Muskelkraft des Armes, desgleichen der Schmerzempfindung, des Tast- und Temperatursinnes. Starke Herabsetzung der Biceps- und Tricepsreflexe.

Die Revision des gesammelten Materiales zeigt, daß diese habituelle, syringomyelitische Schulterverrenkung 15mal links, 10mal rechts ihren Sitz hatte, daß 23mal Männer, aber nur 4mal Frauen betroffen waren. Die Kranken standen im Alter vom 22.—64. Lebensjahre, am stärksten war das 40.—55. Lebensjahr betroffen. Atrophie des Oberarmkopfes und Gelenkkapselschlaffheit waren häufige, Gelenkergüsse seltenere Befunde. 5mal wurden Oberarmkopfresektionen vorgenommen; der eine Fall, von dem das Endresultat bekannt ist, ergab rasche Heilung mit auffällig guter, ganz schmerzfreier Beweglichkeit. Im ganzen ist aber die Resektion nur ausnahmsweise indiziert, dagegen ist die Beschaffung eines geeigneten orthopädischen Apparates zur Festigung des Schultergelenkes wohl empfehlenswert. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

48) **Staunton.** Dislocation forwards of the forearm without fracture of the olecranon.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 9.)

Bericht über die sehr seltene Verrenkung des Unterarmes nach vorn ohne begleitenden Knochenbruch bei einem 49jährigen Mann. Entstehung durch direkten Fall auf die Ellbogenspitze bei einem Treppensturze nach rückwärts. Die einzelnen Knochenteile konnten sehr leicht herausgefühlt werden. Bisher sind 12 Fälle bekannt. **Weber** (Dresden).

49) **Stretton.** Congenital synostosis of radio-ulnar articulations.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 9.)

Die obige angeborene Mißbildung fand sich bei einem 8jährigen Mädchen an beiden Armen: sie standen proniert und konnten nicht supiniert werden; der Radius war mit der Ulna ungefähr 2½ cm unter dem Ellbogengelenke verbunden. Eine 2mal ausgeführte operative Trennung der Synostose mit Resektion des Radius blieb erfolglos wegen ungenügender Nachbehandlung und endete beidemal mit Ankylose. **Weber** (Dresden).

50) **Janz.** Über die Entstehung von Stichverletzungen der Hand beim Anfertigen des Reservestockes.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1905. Nr. 12.)

Ein Teil der sogenannten »Reservestöcke« wird von den Mannschaften bei ihrer Entlassung selbst aus einem Stahlstock, dem Wischstock alten Modells, an-

gefertigt. Dieser Stahlstock, welcher an dem einen Ende eine Öse, an dem anderen ein Gewinde trägt, wird mit Papier, Leder usw. bekleidet, und diese Teile werden dann vermittels des Gewehrlaufes eines alten Bajonettiergewehres festgestanzt. Hierbei gleitet der Lauf leicht an dem Stock vorbei, und letzterer dringt dann unter die Haut der Hohlhand bis zum II. Mittelhandknochen. Acht derartige Verletzungen werden beschrieben, sechs heilten ohne, zwei mit Fiebererscheinungen. **Herhold** (Altona).

51) **F. W. Forbes-Ross.** Two cases illustrating sciatica of abdominal origin. Laparotomy.

(Lancet 1906. Januar 20.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Unterleibsgeschwülsten, deren wesentliche Symptome das Bild einer nicht beeinflußbar scheinenden Ischias darboten. In Fall 1 bestand eine Eierstocksgeschwulst, nach deren Entfernung alle Beschwerden sofort dauernd schwanden, in Fall 2 bestand ein Myom in einem sehr verwachsenen Uterus. Die Beschwerden waren in diesem Falle denen des anderen absolut ähnlich, doch starb Pat. nach der Operation. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

52) **Aderholdt.** Ein seltener Fall von angeborener Ankylose der Fingergelenke. (Aus der chirurg.-orthopädischen Klinik zu Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Die Ankylose besteht zwischen der Grund- und Mittelphalanx des 3., 4. und 5. Fingers beider Hände seit der Geburt und ist eine reine Ankylosis ossea (s. Röntgenbild im Originale), die auf Störungen im Keime des Embryo zurückzuführen ist. **Kramer** (Glogau).

53) **A. Barker.** On atypical »internal derangements« of the knee joint.

(Brit. med. journ. 1905. Dezember 9.)

B. lenkt auf Grund von drei Fällen die Aufmerksamkeit auf atypische Fälle von Dérangement interne. Die Symptome sind denen der typischen Fälle so ähnlich, daß nur eine genaue Untersuchung des eröffneten Kniegelenkes vor dem Übersehen schützt. Stets geht mehr oder weniger lange Zeit eine Verstauchung des Gelenkes voraus, mit den üblichen Schmerzen und der Schwellung. Es bleibt ein gewisses Unsicherheitsgefühl zurück. Ein gelegentliches Stolpern oder Straucheln ruft dann plötzlich eine verschieden lange Zeit dauernde Fixierung des Gelenkes in Beugestellung hervor mit heftigem Schmerz, der stets innen und außen am Gelenkspalt empfunden wird. In der Zwischenzeit ist objektiv nichts nachweisbar. Die mittels inneren Bogenschnittes unter Schonung des Lig. internum vorgenommene Kniegelenksöffnung, die man in der Annahme einer Loslösung des inneren Meniscus macht, deckt statt dessen bei starker Beugung und Auswärtsdrehung der Tibia einen langen, weißen Strang auf, der von dem lockeren Fettgewebe hinten und zu beiden Seiten des Lig. patellae inferius ins Gelenk hineinreicht. Die Entfernung des Stranges schafft sofortiges Aufhören der Beschwerden. B. sieht den Strang, der aus derbem, fibrösen Gewebe besteht, als das Ergebnis einer traumatischen Synovitis an. Außerordentlich wichtig für den glatten Wundverlauf ist die Vermeidung jeglicher Berührung von Wunde oder Gelenk mit den Fingern!

Eine andere Abart des Dérangement interne ist die Loslösung des äußeren Meniscus durch Trauma, die B. einmal angetroffen hat bei einem 60jährigen Manne. Die ursprüngliche Verletzung hatte 44 Jahre vorher stattgefunden. Es gelang den äußeren Meniscus mit gutem Erfolge vom inneren Schnitt aus zu entfernen. Er war normal groß und nur an seinen Enden noch befestigt.

Weber (Dresden).

54) **Wendel.** Über Luxatio pedis sub talo.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 251.)

Ein 23jähriger Zimmermann fiel von einem Wagen, dessen Pferde durchgingen, derart zu Boden, daß sein linker Fuß nach innen umknickte. Der hierbei

verrenkte Fuß stand stark plantarflektiert, supiniert und adduziert, ähnlich einem angeborenen Klumpfuß. Vor dem äußeren Knöchel fühlt man den Talus, dessen vordere, für das Kahnbein bestimmte Gelenkfläche deutlich freiliegend tastbar scharf gegen die gespannte und verdünnte Haut drängt. Da unblutige Reposition mißlingt, auch in Narkose, Inzision auf den Taluskopf, der die Muskulatur des Extens. digitt. br. perforiert hat und von dessen Muskelschlitz fest geschnürt war. Nach einfacher Dilatation und Distraktion des letzteren mittels Haken läßt sich die Reposition durch Zug am Vorfuß, Pronation und Abduktion bei gleichzeitigem manuellen Druck auf den Taluskopf unschwer bewerkstelligen. Die sonst günstige Heilung wurde durch Gangrän der überspannt gewesenen Haut vor dem äußeren Knöchel monatelang verzögert, führte aber zu einem völlig befriedigenden Endresultate.

Der Fall charakterisiert sich als eine Verrenkung des Fußes nach innen, bei welcher die Knochenverschiebung wesentlich durch eine Fußtorsion um die sagittale Achse stattfindet, mithin im wesentlichen das vordere Gelenk des Talus zwischen Talus, Os naviculare und Sustentaculum calcanei pro talo beteiligt ist. Dagegen ist bei den Verrenkungen in sagittaler Richtung, also nach vorn und hinten, die Knochendislokation der Hauptsache nach als in dem hinteren Talusgelenk zwischen Talus und Calcaneus stattfindend anzusehen. Diese in Deutschland übliche Klassifikation der Luxationes sub talo ist, wie W. kurz ausführt, der in in Frankreich gebräuchlichen von Quénu vorzuziehen. Nach letzterer werden diese Verrenkungen nicht als solche des Fußes, sondern als Talusverrenkungen betrachtet und nur Verrenkungen nach außen, vorn und dorsalwärts unterschieden. Die Unterscheidung von vier Formen: nach außen, nach innen, nach vorn und hinten ist richtiger.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **Bergmann.** Kahnbeinbrüche der Fußwurzel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 199.)

B. beschreibt drei in Morian's Krankenhausabteilung zu Essen-Ruhr beobachtete Fälle von Kahnbeinbrüchen am Fuß, von denen Fall I und II mittels Röntgen sichergestellt sind, während von Fall III, wo der Pat. an Fettembolie infolge von Oberschenkel- und Unterschenkelbrüchen starb, die bei der Sektion gewonnenen Knochenpräparate beschrieben werden können. In sämtlichen Fällen handelt es sich um indirekte Brüche durch Kompression. Der Vorgang ist leicht verständlich. Bei einem Falle auf die Fußspitze, zumal wenn der Fuß plantarflektiert und auch event. supiniert und adduziert stand, bohrt sich der Taluskopf in das Naviculare und quetscht dieses gegen die Keilbeine. Der Knochen wird dann zerdrückt, wobei, wie Fall III lehrt, mehrfache Bruchlinien gesetzt werden können. Durch einen transversalen Riß entstehen ein oberes und unteres Fragment und in vertikaler Richtung entstehen den drei Keilbeinen entsprechend auch etwa drei Bruchstücke in vertikalem Sinne. Die Bruchstücke weichen, dem Druck folgend, nach der Gegend des geringsten Widerstandes aus, insbesondere nach oben. Taluskopf und Keilbeine finden sich schließlich abnorm einander genähert, während die Fuge des Calcaneo-Cuboidgelenkes bei Adduktionsstellung des Fußes klafft. Der Taluskopf scheint meist geschädigt zu sein, das Sustentaculum tali kann mit abbrechen, auch kleine Nebenverletzungen in der Nachbarschaft am Würfel- und Fersenbein usw. erfolgen. Die Diagnose kann klinisch bei Gegenwart von Krepitation an der Stelle des Naviculare, entsprechender Difformität des Fußes (Adduktion), Palpation eines vorgetretenen Knochenbruchstückes mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden, bedarf aber der Sicherung durch Röntgen. Zur Behandlung eignet sich eine plantare Gipsschiene verbunden mit Kompressionsverband mit täglicher Revision besser als geschlossener Gipsverband; weiterhin sind Bäder, Massage usw. wichtig. Die Prognose ist heikel, da die Funktion des Talo-Navicular- und Navicular-Cuneiformgelenkes gestört wird. Der eine Pat. war noch nach 8 Monaten im Gehen arg behindert. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).



56) Schümann. Zur Methodik der Plattfußdiagnose. (Aus der chir. Poliklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

S. empfiehlt zur Herstellung eines Sohlenabdruckes des Plattfußes die Anwendung der Berlinerblaureaktion. Man läßt die mit 5%iger Ferrocyankaliumlösung dünn bestrichene Fußsohle auf ein mit Liquor ferri (zur Hälfte verdünnt) präpariertes Papier treten; es resultiert dann ein sehr scharfes, detailreiches, dunkelblaues Bild der Fußsohle auf gelbem Untergrunde. **Kramer** (Glogau).

57) Anzoletti. Annotazioni intorio al piede equino-cavo acquisito ed all' equino-cavismo quale sintoma di un' affezione nervosa non ancora descritta.

(Arch. di ortopedia 1905. Fasc. 4.)

In der Arbeit sind drei Fälle von doppelseitigem Pes equinocavus ausführlich beschrieben. Im ersten handelte es sich um Folgen von spinaler Kinderlähmung, in den beiden anderen um eine eigentümliche spastische Parese, die im jugendlichen Alter auftrat, mit krampfartigen Erscheinungen und Schmerzen in der Wade, mit langsamem chronischem Verlauf allmählich zur Kontraktur führte und schließlich stationär blieb. Zum Teil bestanden daneben Reflexsteigerung, Anästhesie im Peroneusbereich. Alle drei Fälle boten schließlich dasselbe klinische Bild: Equinusstellung mit totaler Atrophie der Extensoren, dauernder, passiv nicht ausgleichbarer starrer Kontraktur der Wade, leichte Varusstellung. Pat. gehen auf den Zehenballen mit hyperextendierten Zehen. Es hat sich eine Hohlfußstellung herausgebildet, welche zum größeren Teile passiv ausgleichbar ist. Nur der kleinere Teil beruht auf dauernder Kontraktur. Sie wird als Folge des Gehaktes erklärt (alle Pat. waren bei dem jahrelangen Verlaufe gegangen), teils durch Belastung, teils durch das Bestreben, die durch die Equinusstellung gewissermaßen zur hohen Stelze gewordene Fußlänge zu verkürzen (Lorenz). Dabei zeigt sich, daß die relativ starre, ungelenkige, äußere Fußhälfte, aus Calcaneus, Cuboid und den zwei letzten Metatarsen gebildet, relativ gerade bleibt, die eigentliche Höhlung durch Biegung der medialen (Talus, Keilbeine, Metatarsus I) entsteht.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

58) Pochhammer. Über einen pathologischen Befund bei »Fußsohlenschmerz«. (Morton'sche Krankheit.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 320.)

Die klinisch genügend charakterisierte sog. Morton'sche Krankheit, Fußsohlenschmerz oder Metatarsalgie, ist bislang in ihrem ätiologischen Wesen noch dunkel und kann, wie P. aus der einschlägigen Literatur kurz nachweist, verschiedenartige Ursachen und anatomische Gründe haben. Bei einer 34jährigen Dienstmagd wurde in der Greifswalder Klinik durch operative Autopsie ein eigenartiges anatomisches Moment nachgewiesen. Die Pat. wollte 1 Jahr zuvor diverse Kuhtritte auf ihren leidenden Fuß erhalten haben, jetzt hat sie heftige Schmerzen im Fuß, ohne daß objektiv wesentliche Befunde bemerkbar waren, so daß die Behandlung zunächst indifferent (Umschläge usw.) sein mußte. Aber als hierbei schließlich in der Gegend des vierten Metatarsalköpfchens eine Anschwellung nachweislich wurde, wurde auf letztere mittels Sagittalschnitt eingegangen, wonach sich entlang der medialen Seite der »Strecksehne« (Beugesehne? Ref.) vom Metatarsalköpfchen nach vorn hin in einer Reihe liegend vier kugelige harte Geschwülstchen von der Größe kleiner Kirschen erscheinen und leicht exstirpiert werden können. Glatte Wundheilung und völlige Beseitigung der Beschwerden. Der histologische Befund der Geschwülste entsprach dem von Fibrosarkomen, eine direkte Beziehung derselben zum Nervengewebe ließ sich nicht nachweisen,

Der Arbeit sind makro- und mikroskopische Abbildungen beigegeben, desgleichen ein Literaturverzeichnis, betreffend die »Morton'sche Krankheit«, von 29 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

59) **E. Galzin.** Résultats anatomiques et fonctionnels d'une résection pour tuberculose osseuse de la partie interne de l'avant pied.
(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 9.)

In zwei Etappen wurden die große und zweite Zehe, entsprechend Metatarsalknochen und Keilbeine, entfernt wegen langsam fortschreitender Tuberkulose. Trotzdem die Ansätze des Tibialis anticus und Peroneus longus dabei verloren gingen, trat keinerlei Stellungsänderung oder Gewölbeabflachung ein, wie aus der beigegebenen Photographie ersichtlich. G. schlägt deshalb vor, sich in geeigneten Fällen seiner Methode zu bedienen; als solche wären hauptsächlich chronisch verlaufende zu betrachten, wo durch länger andauernde Reizungen die Sehnen in größerer Ausdehnung mit der Umgebung verwachsen konnten.

Ref. möchte das Ausbleiben von Verwerfung eher dem Umstande zuschreiben, daß Pat. — wie in der Krankengeschichte steht — meist auf dem Absatze geht, weil das Köpfchen des III. Metatarsalknochens schmerzt. **Christel** (Metz).

60) **Cernezzi.** Male perforante del piede guarito collo stiramento del nervo plantare interno.
(Riforma med. Bd. XXI. Nr. 35.)

An der Hand eines einschlägigen Falles empfiehlt C. die besonders von Chipault vertretene Nervendehnung. Die Beobachtung war folgende: 47jähriger Mann mit Mal perforant unter der großen Zehe, das bis ins Interphalangealgelenk derselben reichte. Am 2. September 1904 Freilegung des N. plantaris internus an seinem Ursprunge mittels bogenförmiger Inzision unter dem inneren Knöchel. Der Nerv wird nun mit einem Klemmer erfaßt, stark zusammengedrückt und mittels vorsichtigen Anziehens in distaler und proximaler Richtung 3 Minuten lang gedehnt. Der Erfolg war ein guter: Noch im April 1905 war das Mal perforant gut verheilt; die Narbe war schmerzfrei, resistent und ihre Ränder nicht kallös verdickt, wie vorher. **A. Most** (Breslau).

61) **J. Dsirne.** Osteoplastische Kraniotomie.
(Chirurgie 1905. [Russisch.])

Der 28jährige Pat. bekam vor 4 Jahren zuerst Zuckungen im linken Arme, die anfangs selten waren, sich dann häuften. Vor 2 Jahren will er einen Schlaganfall gehabt haben, wonach die Bewegungen des linken Armes immer schwerer wurden. Die Krämpfe häuften sich immer mehr (5—10mal in 24 Stunden) und ergriffen auch das linke Bein.

Außer geringer Muskelatrophie der linken Extremitäten und erheblich erhöhten Reflexen an ihnen war nichts Anormales zu finden. Die Krämpfe steigerten sich im Laufe 4wöchiger Beobachtung derart, daß schließlich fast ununterbrochen tonische Kontraktion der Muskulatur der linken Körperhälfte bestand.

Bei der Operation erwies sich, daß rechts starke narbige Stränge von der Dura zu den Zentralwindungen und dem oberen Teile der mittleren und unteren Frontalwindungen zogen. Lösung der Stränge.

Allmählich gingen alle Erscheinungen zurück, die Krämpfe hörten auf, die Muskulatur kräftigte sich. Nach $1^1/_2$ Jahren zeigte sich Pat. vollkommen gesund. **V. E. Mertens** (Breslau).

Berichtigung. P. 149 Z. 11 v. u. lies »adenomatösen« statt ödematösen.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. **Sonnabend, den 17. März.** **1906.**

Inhalt: Deutscher Chirurgenkongreß.
v. Eiselsberg, Der kleine Bauchschnitt als Methode für die Appendixexstirpation. (Original-Mitteilung.)
1) **Holländer,** Karikatur und Satire in der Medizin. — 2) **Bockenheimer** und **Frohse,** Operationsatlas. — 3) **Polák,** Stovain. — 4) **Lašek,** Somnoform. — 5) **Rosenberg,** Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde. — 6) **Cisler,** Anästhetika in der Rhinologie. — 7) **Müller,** Herzmassage. — 8) **Nieny,** Skoliosenbehandlung. — 9) **Schmieden,** Decanulement. — 10) **Sjövall,** Perikarditis. — 11) **Tawaststjerna,** Magen-Darmzerreißungen. — 12) **Morian,** Douglaseiterung. — 13) **Kuttner,** 14) **v. Hippel,** 15) **Lanz,** Appendicitis. — 16) **Siegel,** Appendicitis und Hernien. — 17) **Butler,** Leistenbruch. — 18) **Leriche,** Magen- und Duodenalfisteln nach Pylorektomie. — 19) **Dreifuss,** 20) **Krumm,** Meckel'sches Divertikel. — 21) **Campiche,** Blinddarmtuberkulose. — 22) **Ewald,** 23) **Ehret,** Gallensteine.
F. de Quervain, Zur Operationstischfrage. (Original-Mitteilung.)
24) **Schmincke,** Multiplizität bösartiger Geschwülste. — 25) **Ruge,** Infektiöses Aneurysma der Kranzarterie. — 26) **Habs,** Stauungshyperämie. — 27) **Bonnette,** Molluscum pendulum. — 28) **Gruiee,** Herzechinokokkus. — 29) **Beer,** Syphilis der Brustdrüse. — 30) **Schambacher,** Paget's nipple. — 31) **Krusen,** 32) **Gage,** Brustkrebs. — 33) **Zemann,** Ösophagotomie. — 34) **Preindlsberger,** 35) **Hoepfl,** 36) **Hayd,** Bauchverletzungen. — 37) **Cummins,** Tuberkulöse Peritonitis. — 38) **Gunkel,** 39) **Graser,** Appendicitis. — 40) **Damianos,** Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen. — 41) **Müller,** Magengeschwür. — 42) **Fuchs,** Magensarkom. — 43) **Brüning,** 44) **Ito** und **Asahara,** Magenkrebs. — 45) **Deikeskamp,** Volvulus der Flexura sigm. bei Hirschsprung'scher Krankheit. — 46) **Kirstein,** Subkutane Mastdarmabreißung. — 47) **Švehla,** Symptome bei Mastdarmerkrankungen. — 48) **Thöle,** Leberruptur. — 49) **Bilfinger,** Lebersarkom. — 50) **Moynihan,** Plastik des Ductus choledochus. — 51) **Tomaschny,** Hämorrhagie des Pankreas. — 52) **Honigmann,** 53) **Leriche,** Pankreascysten. — 54) **Petřivalský,** 55) **Jepson,** 56) **Adler,** 57) **Hahn,** Gekröscysten. — 58) **Murphy,** Fibromyom des kleinen Netzes. — 59) **Sultan,** Schädelplastik. — 60) **Manicatide** u. **Galaschescu,** Echinokokkuscyste.

XXXV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Der kleine Bauchschnitt als Methode für die Appendix-exstirpation.

Von

Prof. **Freiherr v. Eiselsberg** in Wien.

In diesem Zentralblatt 1906 Nr. 7 befürwortet Bier im Anschluß an die Diskussion der Herren Hahn und v. Haberer den kleinen Bauchschnitt im Sinne Hahn's, besonders für die Intervalloperation. Ich halte es für unzweckmäßig, die Größe eines Laparotomieschnittes zur Methode erheben zu wollen, da es sich doch stets dabei um einen relativen Begriff handelt. Wenn wir von einem großen Schnitte sprechen, so meinen wir einen solchen, der groß genug ist, um die Verhältnisse dem Auge klar zur Anschauung zu bringen.

Niemand wird bezweifeln, daß man eine Appendix, deren Entzündung vollkommen abgeklungen und die mit der Umgebung nicht verwachsen ist, von einer knopflochartigen Inzision aus entfernen kann; selbst bei geringen Adhäsionen wird dies noch möglich sein.

Wenn ich nun meine Appendektomien im Intervall überblicke, so muß ich sagen, daß in einem Drittel der Fälle solche Verwachsungen vorhanden waren, daß ein so kleiner Schnitt, wie ihn Hahn und Bier empfehlen, nicht ausgereicht hätte. Ich habe dabei besonders Fälle von Verwachsungen der Appendix mit den Gallenwegen bzw. der Harnblase im Auge.

Damit komme ich aber zum Kernpunkte der Frage: Wenn eine Methode vorgeschlagen wird, die universell sein soll, dann müssen auch solche Fälle in Betracht gezogen werden. Von diesen Fällen ausgehend hat mein Assistent v. Haberer seine Bedenken geltend gemacht. Dieselben haben sich aber erst in letzter Linie auf die Schnitte bei der à froid-Operation bezogen, sondern waren gegen den kleinen Schnitt als Universalmethode gerichtet. Mit einem kleinen Schnitte zu beginnen und denselben hinterher zu erweitern, das ist nichts Neues, das haben wohl alle Chirurgen schon des öftern auszuführen Gelegenheit gehabt.

Für die akuten Fälle, namentlich für die mit Eiterung komplizierten, ganz besonders für die noch nicht abgeklungenen Fälle, die häufig mit versteckt liegenden Abszessen kombiniert sein können, schließe ich mich vollinhaltlich v. Haberer's Warnung vor dem kleinen Schnitt an. Unser Peritonealschnitt ist dabei mindestens 7 cm lang.

Ich muß auch in Anspruch nehmen, einige Erfahrungen über Appendicitis zu besitzen. Ich blicke auf 494 Appendixoperationen zurück (wobei ich die Königsberger Fälle mit einbeziehe). Das Material setzt sich zusammen aus 42 Frühoperationen mit einem Todesfall bei schwerer phlegmonöser Entzündung und gleichzeitiger Angina, 300 Intervalloperationen mit einem Todesfall an Ulcus ventriculi per-

foratum während der Rekonvaleszenz. Unter den übrigen 152, während des Anfalles, jenseits der ersten 48 Stunden operierten Fällen finden sich 58 ganz schwere diffuse Peritonitiden mit 37 Todesfällen.

Der Umstand, daß wir noch immer relativ wenig Frühoperationen haben, ist darauf zurückzuführen, daß wir einerseits die Fälle in diesem Stadium selten bekommen, andererseits ganz leichte Fälle nicht immer der Frühoperation unterwerfen.

Ich habe bei der Angabe meines Materiales alle jene Fälle nicht mit einbezogen, bei denen in der Klinik ein Anfall beobachtet, die Appendektomie aber auf Wunsch des Pat. unterlassen wurde.

Aus dem Gesagten erklärt es sich vielleicht, daß wir ganz leichte Fälle relativ seltener zu operieren Gelegenheit haben, als dies anderswo der Fall sein mag.

Unsere Erfahrungen sind also solche, daß wir bei den längeren Schnitten bleiben werden, ohne dieselben zur Methode erheben zu wollen, wiewohl wir die Technik der kleinen Inzision auch beherrschen würden. Daß die Naht eines kleinen Schnittes schwieriger sein soll, als die eines großen, kann ich nicht zugeben.

---

1) **E. Holländer.** Die Karikatur und Satire in der Medizin. XV u. 354 S. 10 farbige Tafeln, 223 Abbild. im Text.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1906.

Der unermüdliche Autor hat jahrelang nicht nur öffentliche Sammlungen und Bibliotheken studiert, sondern auch kleine Antiquitäten-Läden des In- und Auslandes durchsucht und Auktionskataloge durchstöbert, um sich so eine umfassende Kenntnis der Literatur wie jener Bilder aus fliegenden Blättern zu verschaffen, deren Auswahl in vorzüglichen zum Teil farbigen Nachbildungen reproduziert erscheint, wie denn die Ausstattung des Werkes in jeder Beziehung vollendet ist. Die Ärzte und was sich in ihren Kreis hineingedrängt hat, die Charlatane, die Harnbeschauer, die Narrenschneider und Zahnreißer, die Dentisten, die Magnetiseure, und was alles sich da zusammenfindet, sind ja von jeher beliebte Gegenstände der Satire gewesen; interessanterweise am seltensten ist die Kunst der Chirurgie ihrem Spott verfallen mit ihren scharfen Anforderungen an Diagnose und Therapie. Um so lieber macht sie sich an zweifelhafte, schwer zu deutende Gebiete, wie nervöse Krankheiten verschiedenster Art, Phrenologie, Mesmerismus, tierischen Magnetismus, die Prophylaxe gegen Pocken in Gestalt der nicht verständlichen Impfwirkung, an die Europa zum ersten Mal überschwemmende Cholera, an Influenza und Gicht. Und dann macht sie sich lustig über die Schwächen der Ärzte, ihr zweifelhaftes Wissen und Können, ihren Erwerbstrieb, ihren gegenseitigen Neid, Zustände, wie sie ja in allen Ständen gefunden werden. Schade, daß hierbei durch einen noch dazu sich wiederholenden Druckfehler ein böses Licht auf unseren trefflichen Dieffenbach geworfen wird. Es

sollte an der betreffenden Stelle (p. 166) jedesmal Dupuytren heißen, von dem es ja bekannt ist, daß er zwar ein eminenter Chirurg war, als Mensch sich aber, speziell in Frankreich, keiner besonderen Hochachtung erfreute.

Seitdem in der neueren Zeit die Medizin als Wissenschaft und Kunst so gewaltige Fortschritte gemacht hat, sind die satirischen Angriffe auf sie entschieden seltener und zahmer geworden, aber der Stellen, wo diese Haken einschlagen können, finden sich immer noch genug. Hoffentlich indes auch noch recht lange Kollegen, die dergleichen mit Humor aufnehmen, wenn es in so hübscher Weise geboten wird wie in dem vorliegenden Werke. **Richter** (Breslau).

---

2) **P. Bockenheimer** und **F. Frohse.** Atlas typischer chirurgischer Operationen für Ärzte und Studierende. Lfg. 3—5. 26 Taf. und erläuternder Text.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905.

Während die ersten 20 Tafeln des jetzt vollendet vorliegenden Atlasses nach Moulagen angefertigt waren, sind die letzten 40 unter Benutzung geeigneter lebender Modelle und photographischer Aufnahmen ausschließlich nach der Natur entworfen. Unterbindungen, Amputationen, Exartikulationen und Resektionen haben keine Aufnahme gefunden, vor allem dagegen solche Operationen, die als dringliche nötigenfalls von jedem Arzt ausgeführt werden müssen. Die drei letzten Lieferungen des Atlasses behandeln denn: die Entfernung des Ganglion Gasseri, die Halsphlegmone, Tracheotomia inf., Ösophagotomie, Strumektomie, Laminektomie, Perikardiotomie, die transpleurale Laparotomie, Appendektomie, Bruchoperationen, die Gastroenterostomie (ante- wie retrocolica), Darmanastomose und Darmresektion, Kotfistel und widernatürlichen After, Mastdarm- wie Gallenblasenoperationen, Urethrotomia externa, Prostatektomie, hohen Blasenschnitt und Nierenexstirpation, endlich die Handphlegmone. Überall ist wieder das erforderliche Instrumentarium den Operationen in scharfen Abbildungen vorausgeschickt.

v. Bergmann schreibt in einem Vorwort des Atlasses: »Ich pflege diese Abbildungen vor den betreffenden Operationen im chirurgischen Amphitheater zu demonstrieren und glaube dadurch das Interesse für die nachfolgende Operation ebenso wie ein besseres Verständnis für sie mir zu verschaffen. Ganz besonders eignen sich die Tafeln des Atlas für die Demonstration mit dem Epidiaskop, da sie im Hinblick auf eine solche gefertigt sind.« **Richter** (Breslau).

---

3) **O. Polák.** Über das neue Anästhetikum Stovain.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 1455.)

Der Autor hat das Stovain in 90 Fällen angewendet, darunter 12mal zur medullären Anästhesie und 29mal zur sub- und intra-

kutanen Injektion. Es ließ sich überall dort anwenden, wo man das Kokain und Eukain verwendet, besitzt aber vor diesen den Vorzug, daß es weit weniger giftig ist, daß sich seine Lösungen besser sterilisieren lassen und dauerhafter sind, und daß bei der Lumbalanästhesie weniger unangenehme postanalgetische Erscheinungen auftreten.

G. Mühlstein (Prag).

---

4) **F. Lašek.** Über Somnoformnarkose.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 1460.)

L. wandte das Somnoform in mehr als 200 Fällen an. Der jüngste Pat. war 4, der älteste 30 Jahre alt; zumeist handelte es sich um Mädchen bis zu 20 Jahren. Zwischen Somnoform und Narkoform war kein Unterschied. Beide sind ungefährliche Narkotika zur Erzielung einer kurzdauernden Narkose. 5 g des Narkotikum riefen binnen 25—50 Sekunden Anästhesie hervor, die nach Abnahme der Maske 50—60 Sekunden andauerte.

G. Mühlstein (Prag).

---

5) **Rosenberg.** Die Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 39.

Infolge der bedeutenden Tiefenwirkung der Kokain-Adrenalinmischung gelang es dem Verf., auch die intraalveolaren, also die Zahnnerven selbst zu anästhesieren. In 97% der Fälle war am Oberkiefer vollkommene Anästhesie für jegliche zahnärztliche Hilfeleistung zu verzeichnen. Am Unterkiefer gab es dagegen 20—30% Mißerfolge, was sich durch die bedeutend stärkeren, die Zahnwurzeln umgebenden Knochenschichten erklärt. Deshalb anästhesierte R. den Nervus mandibularis vor seinem Eintritt in den Unterkieferkanal. Zur Extraktion wird am Oberkiefer an jedem Zahn außen am Alveolarfortsatz in der Nähe der Wurzelspitze oder auch noch darüber hinaus die Injektion gemacht. An der inneren palatinalen Seite genügt es, nur den von der Zange zu verdrängenden Zahnfleischsaum zu anästhesieren. Es genügen 1—1½ ccm der Lösung (Eusemin), auf der palatinalen Seite einige Tropfen; Wartezeit 1—5 Minuten. Lösung: 5,0 g Adrenalin (1 : 1000), 0,75 g Kokain, 100 g physiologische Kochsalzlösung. Zur Erzielung vollständiger Schmerzlosigkeit beim Ausbohren und Ausschaben der kariösen Höhlen genügt die Injektion am äußeren Alveolarfortsatz.

(Über die Technik der Anästhesierung des N. mandibularis s. Original.) Verf. bezeichnet die Kokain-Adrenalinlösung als den Friedensstifter zwischen Pat. und Zahnarzt.

Langemak (Erfurt).

---

6) **J. Cisler.** Neue Anästhetika in der Rhinolaryngologie.

(Časopis lékařů českých 1906. Nr. 4 u. 5.)

Der Autor prüfte die Anästhetika: Stovain, Alypin und Novokain in der rhinolaryngologischen Praxis teils zu explorativen (Sondierung der Nase und des Kehlkopfes, Laryngoskopie, direkte Tracheoskopie),

teils zu operativen Zwecken (Galvanokaustik, Extraktion von Polypen, Entfernung von Cristae septi narium) und gelangte zu dem Resultate, daß alle genannten Anästhetika in derselben Konzentration — er benutzte eine 10%ige Lösung — ziemlich prompt (nach längstens 5 Minuten) wirken. Das Stovain ruft aber eine selbst durch Adrenalin nicht zu beseitigende Hyperämie der Schleimhaut hervor, eignet sich demnach nicht zur Anästhesierung vor einer Operation. Alypin, namentlich aber Novokain erzeugen eine intensive Anämie der Mucosa; auch sah C. bei den beiden letzteren weder toxische Erscheinungen, noch Nachblutungen. Alle drei Anästhetika lassen sich gut konservieren und durch Kochen sterilisieren, ohne an ihrer Wirksamkeit einzubüßen und sind billiger als Kokain. **G. Mühlstein** (Prag).

---

7) **B. Müller** (Hamburg). Über Herzmassage bei Tod durch Ersticken und Vergiftung, sowie bei Synkope in der Narkose.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 50—52).

Verf. hat über die Frage der Herzmassage experimentell gearbeitet und empfiehlt ein kombiniertes Verfahren, bestehend aus Massage des Herzens nach Eröffnung des Brustkorbes und des Herzbeutels und gleichzeitiger Infusion von Sauerstoff und warmer Kochsalzlösung in eine Vene. Nachdem er damit Hunde wieder ins Leben zurückgerufen hat, die infolge von Chloroformvergiftung 20 und 25 Minuten lang ohne Puls und Atmung gewesen waren, hofft er, daß sich das Verfahren für Verunglückte werde nutzbar machen lassen, besonders bei Erstickungs- und Vergiftungstod. Über das Einzelne der Experimente und die Sondervorschriften für die Anwendung beim Menschen muß das Original nachgelesen werden. **Schmieden** (Bonn).

---

8) **Nieny** (Schwerin i. M.). Zur Mobilisierungsmethode der Skoliosen nach Klapp.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

N. bedient sich seit Jahresfrist einer dasselbe Ziel wie die Klapp-schen Kriechübungen verfolgenden Methode zur Mobilisierung von Skoliosen. Er läßt die Kinder mit einer Hand in einen von der Decke herabhängenden, gerade noch erreichbaren Ring greifen und mit dem anderen Arm in die Kniebeuge des maximal gebeugten und gehobenen Beines derselben Seite fassen, während der Kopf nach dieser geneigt wird. Hierdurch wird eine sehr ausgiebige seitliche Krümmung der Wirbelsäule und Entfaltung der konkaven Brustseite erzielt. Die Übung wird zum Zwecke einseitigen Redressements entweder längere Zeit wiederholt, oder es wird mit den Seiten immer wieder gewechselt. N. glaubt, daß sich seine Methode mehr für ältere Kinder und da, wo es für die Kriechübungen am nötigen Raum fehle, eigne, ist auch überzeugt, daß sich mit beiden Methoden bei leichteren Fällen Gutes erreichen lasse; indes will er, in Anbetracht der Einförmigkeit dieser

Übungen, auch die anderen Methoden, besonders die zur passiven resp. forcierten Redression bei schwereren Fällen nicht vernachlässigt sehen, in der Hoffnung, daß letztere durch lange Zeit fortgesetzte aktive Übungen zu verhüten sein werden. **Kramer** (Glogau).

---

9) V. Schmieden. Über das erschwerte Decanulement. (Aus der kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

Verf. hält die mechanischen Insulte von seiten der Kanüle bei weitem für die wichtigste Ursache der Trachealstenosenbildung nach dem Luftröhrenschnitt; die Stelle dicht oberhalb des letzteren wird durch die Konvexität der Kanüle eingedrückt, die unterhalb gelegene Randpartie herausgezogen, die Rückwand in Gestalt eines Sporen gegen die Lichtung hin verzogen, und diese Veränderungen werden schließlich bleibende, wenn die Kanüle lange liegen gelassen wird. Zu ihrer Verhütung ist es deshalb notwendig, die Kanüle möglichst früh, nicht erst nach Ablauf der Diphtherie, spätestens nach 48 Stunden zunächst versuchsweise zu entfernen, beim Luftröhrenschnitt den Ringknorpel, dessen Wunden leicht schief zusammenheilen, und das Lig. conoides zu schonen und nicht zu wenige Trachealringe zu durchtrennen. Eine seltenere Ursache für erschwertes Decanulement bilden die Granulationspolypen am unteren Wundwinkel, die vielleicht mit zu großem Luftröhrenschnitte zusammenhängen und charakteristische Erscheinungen hervorrufen, welche von den durch postdiphtherische Verengerungen oberhalb der Kanüle oder durch Granulation gegenüber dem Fenster an der Konvexität der Kanüle bedingten wesentlich verschieden sind. S. erwähnt für die Behandlung der zuerst erwähnten Stenosen infolge Deformierung der Luftröhre eine »Bougiekanüle« nach vorheriger Erweiterung mit eigens konstruierten Dilatatoren (s. Abbildungen im Original), die von Eschbaum in Bonn erhältlich ist. **Kramer** (Glogau).

---

10) S. Sjövall. Über die chirurgische Behandlung der exsudativen nicht eitrigen Perikarditis.

(Hygiea Bd. 67. F. II. Jahrg. 5. p. 464. [Schwedisch.])

Veranlaßt durch zwei vom Verf. erfolgreich operierte Fälle von exsudativer Perikarditis, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt werden, bricht Verf. in einem klinischen Vortrage eine Lanze zu gunsten der bisher noch sehr selten in Frage gekommenen Perikardiotomie, deren Technik und Indikationen ausführlich besprochen werden, und deren Ausführung Verf. weit häufiger indiziert findet als es bisher — fast nur bei der eitrigen Form — geschehen ist. Die beachtenswerten Schlüsse, zu denen er kommt, lauten:

1) In jedem Falle exsudativer nicht eitriger Perikarditis, wo die Exsudatmenge wegen ihrer Größe die Bewegungen des Herzens bedroht, ist es unsere Pflicht, dieselbe operativ zu beseitigen.

2) Die dabei in Frage kommende Operation ist die Perikardiotomie Ollier's, nicht die Perikardiozenthese.

Hansson (Cimbrishamn).

---

11) **O. Tawaststjerna.** Über die subkutanen Rupturen des Magen-Darmkanales nach Bauchverletzungen. 173 S. Helsingfors, 1905.

Die aus der Krogius'schen Klinik hervorgegangene Arbeit gibt eine gute Übersicht über das Thema nach seinem jetzigen Stand und eine Kasuistik von 170 Fällen seit der Petry'schen Publikation (1896), allerdings nicht alle seitdem publizierten. Zehn eigene Fälle werden ausführlich beschrieben.

Die Darmrupturen entstehen, wie die seit Petry neu publizierten Beobachtungen wiederum lehren, besonders dann, wenn die Gewalt (in 71 der 170 Fälle Pferdehufschlag, in je 9 Fällen Wagendeichsel und ein von einer Zirkelsäge geschleudertes Holzstück), den nicht durch den Brustkorb geschützten unteren Teil des Bauches trifft. Hier kommt als einziges, die Gewalt minderndes Mittel, die Muskelkontraktion in Betracht, eine Verteidigungsmaßregel des Körpers, welche gerade beim Hufschlage selten in Wirksamkeit tritt. Von den 170 Fällen betrafen nur 3 das weibliche Geschlecht, in 3 Fällen waren zwei Rupturen vorhanden, 153mal (= 88,4%) betraf der Riß den Dünndarm, dagegen hatte er seine Lieblingsstelle nicht im oberen Teile des Jejunums und unteren Teile des Ileums, d. h. in der Nähe der Anheftungsstellen. Wohl aber waren diese letzteren Stellen in den verhältnismäßig wenigen Fällen von totaler Zerreißung des Darmes bevorzugt.

Verf. leugnet, daß der Schleimhautvorfall das Austreten von Darminhalt verhindere. Bei der Besprechung der Chokwirkungen hätte wohl des Goltz'schen Klopfversuches als eines Analogons Erwähnung getan werden müssen (Ref.). Die Wichtigkeit der Temperaturmessung im Mastdarme wird gebührend hervorgehoben.

Der Prozentsatz der Geheilten beträgt bei Operation innerhalb der ersten 12 Stunden etwas über 50, innerhalb der 12 folgenden Stunden 37,5, er sinkt während des 2. Tages auf 4,55 und während weiterer Tage auf 0 herab. Der unangenehme Einfluß, den Morpium- und Opiumdarreichung auf die Stellung der Diagnose haben, wird besonders betont. Bezüglich der Operationstechnik ist zu erwähnen, daß Krogius eine Ausspülung des Bauches im allgemeinen nicht vornimmt, sondern den Bauch vorsichtig mit warmen, in Kochsalzlösung angefeuchteten Kompressen von Kot reinigt. Eine sorgfältige Drainage der Bauchhöhle ist nach Verf. notwendig, auch wenn nur geringere Mengen Darminhalt ausgeflossen sind.

Goebel (Breslau).

---

12) **R. Morian.** Über die Douglaseiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Seine aus 25 Fällen gewonnenen Erfahrungen faßt M. dahin zusammen, daß die Douglaseiterung meist eine Teilerscheinung der diffusen Peritonitis ist und am häufigsten — in 20 Fällen — vom Wurmfortsatz ausgeht, indem seröses mikrobienhaltiges Exsudat von dem entzündeten Wurmfortsatze — gegen Ende der ersten Woche — in den Douglas hinabfließt. Sie beeinflußt den Puls und die Temperatur wenig; man erkennt sie an lokalen Druck- und Entzündungserscheinungen des Mastdarmes, ehe sie über die Schamfuge emporsteigt. Möglichst frühzeitige Entleerung, am besten nach der Rotter'schen Methode der Durchbohrung der vorderen Mastdarmwand, ist notwendig. M. hat diese in 18 der Fälle, darunter nur einmal ohne Erfolg, angewandt. Die perinealen und parasakralen Schnittmethoden bleiben für die Eiterungen des Beckens und Beckenbindegewebes vorbehalten.

Kramer (Glogau).

---

13) **Kuttner.** Über einige praktisch wichtige Fragen zum Kapitel der Appendicitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Es ist sehr erfreulich, in vorliegender Arbeit von einem Vertreter der inneren Medizin annähernd denselben Standpunkt vertreten zu sehen, den nach vielen Debatten und Kämpfen heute die Mehrzahl der Chirurgen zum Segen ihrer Appendicitiskranken einnimmt. K. ist nicht unbedingter Anhänger der Frühoperation, aber für die Mehrzahl der Fälle Anhänger der chirurgischen Behandlung; er zieht die Operation dem abwartenden Verhalten vor, wenn nach 24 Stunden durch exspektative Behandlung keine Besserung erzielt ist, insbesondere wenn das Fieber steigt. Jeder Fall von allgemeiner Bauchfellentzündung sollte möglichst in den ersten 24 Stunden operiert werden; wird die Diagnose erst nach den ersten 48 Stunden gestellt, so gibt bei allgemeiner Peritonitis eine abwartende Behandlung günstigere Resultate als die operative Eröffnung der Bauchhöhle bei schwerer allgemeiner Infektion. Da im Kindesalter die schweren Formen der Erkrankung überwiegen, erheischt dieses eine noch energischere und raschere Indikationsstellung als bei Erwachsenen. Man soll deshalb namentlich da, wo eine dauernde ärztliche Überwachung nicht möglich ist, wie auf dem Lande, sofort operieren. Jeder Kranke, der nicht im Anfall operiert ist, soll dem Chirurgen übergeben werden, sobald jeder Rest von akuter Entzündung geschwunden ist. Die Frage, ob bei den chronischen Formen der Appendicitis zu operieren ist oder nicht, muß je nach der Sicherheit der Diagnose entschieden werden. Kommt es bei der chronischen Form zu akuten Anfällen, so ist die Operation schon nach dem ersten resp. im ersten Anfalle vorzunehmen. Die klinischen Symptome bieten keinen sicheren Rückschluß auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, da man bei anscheinend ganz leichten Erkrankungsfällen die schwersten Veränderungen im Processus finden kann.

Die Schwangerschaft prädisponiert nicht zur Appendicitis, kann aber einen frischen Anfall bei einem chronisch entzündeten Wurm auslösen. Ein derartiger Anfall bringt also große Gefahren; kommt es zu Bildung von Eiter, so ist eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft die Regel. Da die Appendicitis der Schwangeren ernster verläuft als sonst, ist ausgedehnte Anwendung der frühen Operation geboten. Wo die Geburtstätigkeit bereits eingesetzt hat, ist möglichst schnelle Entleerung der Gebärmutter angezeigt.

Die Blinddarmoperation beseitigt nicht immer alle vorherbestehenden Beschwerden, aber die Tatsache soll uns nicht von der Operation abhalten, sondern eher zu einer frühzeitigen Operation veranlassen.

Es wäre wünschenswert, daß bald alle Internen einen so abgeklärten Standpunkt in der Appendicitisfrage einnehmen und äußern, wie der Verf., dann wird auch endlich in die Kreise der praktischen Ärzte die Überzeugung von dem Segen der Frühoperation eindringen.

Langemak (Erfurt).

---

14) **R. v. Hippel** (Kassel). Über Perityphlitis und ihre Behandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 411. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1905.)

Verf., welcher sich auch auf eigene, an 64 Fällen von Appendicitis gewonnene Erfahrungen stützt, bespricht in dem Vortrage die verschiedenen Formen der Krankheit, bestätigt gegenüber der von Aschoff vertretenen Anschauung das nicht seltene Vorkommen einer chronischen schleichenden Entzündung am Wurmfortsatze, deren Entstehung durch mechanische Momente (kurzes, straffes Mesenteriolum, große Länge des Fortsatzes, Lageanomalien usw.) begünstigt wird, und weist nach, daß die operative Entfernung der akut oder chronisch entzündeten Appendix durchaus notwendig ist. Die Symptome, namentlich der chronischen Appendicitis, ihre Diagnose gegenüber anderen Erkrankungen (Colitis chronica, Dyspepsia nervosa usw.) werden sorgfältig geschildert, und in eindringender Weise wird dargetan, wie zwecklos Versuche, durch Diät, Bäder usw. die chronische Entzündung in das Latenzstadium überzuführen, sind, wie allein durch eine ungefährliche Operation der Kranke rasch von seinem Leiden befreit, wirklich geheilt werden kann. In Anbetracht dessen, daß die Diagnose des pathologischen Zustandes des Wurmfortsatzes unmöglich, die Prognose des akuten Anfalles ganz unzuverlässig ist, hält auch v. H. die Frühoperation da, wo die Erscheinungen in den ersten 24 Stunden nicht sicher abklingen, am zweiten, bei stürmischen Symptomen schon am ersten Tage für durchaus berechtigt und in unkomplizierten Fällen für nicht gefährlich (seine sechs Fälle, von denen nur einer unkompliziert war, genasen sämtlich), während er die Aussichten der Operation im Spätstadium als ungünstige — von zwölf Fällen starben vier, bekamen drei p. op. Bauchbrüche, einer eine Kotfistel — bezeichnet und sie, sofern nicht ein Abszeß oder unmittelbar lebenbedrohende Komplikationen dazu zwingen, erst nach vollständigem Abklingen des

Anfalles auszuführen rät. Seine zu dieser Zeit, also im freien Intervall, 27 Appendektomierten kamen alle glatt und mit fester Narbe zur Heilung; ebenso wurden die chronischen Appendicitiden sämtlich durch die Operation geheilt.

Der in der Hauptsache für den praktischen Arzt bestimmte Vortrag wird diesem durch die klaren, überzeugenden Ausführungen v. H.'s über Symptome und Frühdiagnose der akuten Appendicitis, über die Notwendigkeit früher Operation, die Technik derselben, Vor- und Nachbehandlung usw. ein wertvoller Ratgeber sein.

Kramer (Glogau).

---

15) **Lanz** (Amsterdam). Appendicostomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

L., welcher von seinen 710 Fällen von Appendektomien keinen einzigen verloren hat, hält nur die Frühoperation am 1. oder 2. Tage des Anfalles und die kalte Operation für gefahrlos, auf der Höhe der Krankheit im allgemeinen den Eingriff für gefährlicher als das Abwarten und beschränkt sich dann nur auf Eröffnung des Abszesses resp. Drainage des Bauchfelles. Schwer auszulösende, in Abszeßresiduen eingemauerte Wurmfortsätze, die, ein Empyem oder einen Kotstein bergend, entfernt werden müssen, amputiert er von der Basis aus und ist in erster Linie auf eine sichere Stumpfversorgung bedacht. Zweimal hat er den vom Darm ausgeschalteten Wurmfortsatz, dessen Auslösung untunlich erschien, in dem äußeren Winkel der Wunde am Bauchfell geschlossen fixiert und in einem Falle nach $^3/_4$ Jahren exstirpiert, was dann sehr leicht gelang; der Fortsatz erwies sich als völlig obliteriert. Ist der Verschluß des Fortsatzstumpfes nicht möglich, so wird das Ausbrennen oder Ausstopfen mit Jodoformgaze in Betracht zu ziehen sein (Appendicostomie). Den Zeitpunkt für die à froid vorzunehmende Operation macht L. davon abhängig, ob ein Exsudat gefehlt hat oder ob es vorhanden und schnell oder langsam zurückgegangen war; in letzterem Falle operiert er erst nach ca. 3 Monaten.

Kramer (Glogau).

---

16) **R. Siegel.** Cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale droite.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 129.)

S. empfiehlt — unter Anführung zweier Fälle von Schwartz und Ricard —, bei Individuen, die an beiden Affektionen leiden, den für die Hernie erforderlichen Schnitt etwas nach oben zu verlängern und die Resektion des Wurmfortsatzes vorzunehmen. Man erspart dadurch dem Pat. einen Eingriff und eine Narbe, ohne die Festigkeit der Bauchwand durch die unerhebliche Schnittverlängerung zu gefährden. Sollte man am Fortsatze frische Verwachsungen finden, so müßte man sich auf die Radikaloperation der Hernie beschränken.

V. E. Mertens (Breslau).



17) C. A. Butler (Hohenwald, Tenn.). Some reflections upon inguinal hernia.

(Amer. journ. of surgery 1906. Januar.)

Verf. empfiehlt weite Freilegung des Leistenkanals, Verlagerung des Bruchsackstumpfes nach der Mittellinie durch eine vom Leistenkanal aus von innen nach außen gelegte und auf der Obliquusfascie geknüpfte Naht (wie sie wohl MacEwen zuerst empfohlen hat, Ref.) und schichtweise Naht der Fascien resp. Muskeln unter Verlagerung des Samenstranges auf die Obliquusfascie; zugleich (nach Morgan) Bildung eines neuen Ringes beim Austritt des Stranges durch einen aus der Obliquusaponeurose gebildeten Lappen. Er hat auf diese Weise 50 Fälle mit gutem Resultate geheilt. Eine notwendige Darmresektion wird von einem neuen Schnitt $2^1/_2$ Zoll oberhalb der Bruchinzision aus gemacht (weshalb das Bauchfell einer unnötigen Infektionsmöglichkeit aussetzen? Ref.). Hierbei bevorzugt B. End-zu-End-anastomose. Drei Fälle sind von ihm nach dieser Methode operiert.

Goebel (Breslau).

---

18) R. Leriche. Des fistules gastriques et duodénales après la pylorectomie.

(Lyon méd. 1905. Nr. 53.)

L. bespricht in der Société des sciences médicales die Fistelbildung nach Pylorusresektionen unter Vorstellung eines davon genesenen Kranken, bei dem wegen Karzinom die Resektion nach Billroth II gemacht worden war. Magen wie Duodenum waren durch dreireihige Catgutnaht geschlossen. Nach geringer Eiterung der Bauchnaht war am 12. Tage eine Eventration eingetreten, nach deren Zurückbringung die Bauchwand nur teilweise vernäht wurde. Am 18. Tage hatte sich dann eine Fistel in Höhe der kleinen Kurvatur ausgebildet, aus der sich beträchtliche Mengen eines stark sauren, gallehaltigen Magensaftes entleerten. Obwohl der Kranke bald stark abmagerte, schloß sich die Fistel nach einiger Zeit von selbst, nachdem eine Übernähung ergebnislos gewesen war.

L. glaubt, daß es in vorliegendem Falle besser gewesen wäre, nach der Eventration den Bauch wieder vollkommen zu schließen, nur mit kleinem Drain im unteren Wundwinkel. Er bespricht dann anschließend die Gefahren der Fistelbildung, die er nach den Lungenerkrankungen als die gefährlichste Komplikation nach der Pylorusresektion erachtet.

Nach Ausbildung einer Fistel soll man die Kranken zunächst überernähren, wobei man allerdings oft auf Schwierigkeiten stoßen wird. Lokal nimmt man in den Verband am besten Stärkemehlpuder. Hält die Absonderung 4—5 Tage in stärkerem Maße an, so muß man den Versuch machen, die Fistel operativ zu schließen. Delore hat den Magen einmal teilweis wieder eröffnet, Schleimhaut vom Bauchfell getrennt und mit dem so gewonnenen Peritoneallappen die Öffnung geschlossen.

Vor allem wird man auf Vermeidung der Fistelbildung bestrebt sein müssen. Zur Magen-Duodenumnaht wird man von der Mobilisation des Duodenum ausgiebigen Gebrauch machen. Auffallenderweise wird die Urheberschaft der Duodenummobilisation vielmehr Sencert zugeschrieben als Kocher, obwohl letzterer auch genannt wird, und obwohl Sencert's Angaben darüber erst 1905 veröffentlicht sind. — Weiterhin rät L., lieber Catgut statt Seide zu verwenden, Tabaksbeutelnaht und Drainage zu vermeiden und zu letzterer, falls sie doch notwendig erscheint, nur ein kleines Gummiröhrchen zu benutzen.

In der Diskussion erwähnt Patel, daß diese Art der Mobilisation nicht nur für das Duodenum, sondern auch für die verschiedenen Teile des Kolon passe. Ferner berichtet Bérard über einen Todesfall infolge Fistelbildung am Magenstumpf. Er legt Wert darauf, daß nicht zu viele Nahtreihen von Seide (von Magen und Bauchwunde) übereinander zu liegen kommen, da so eine Nahtreihe die andere allmählich infizieren kann. **E. Moser** (Zittau).

---

19) **A. Dreifuss** (Hamburg). Das Diverticulum ilei (Meckelsches Divertikel).

(Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1905. Bd. VIII.)

Die Arbeit ist mehr als ein zusammenfassendes Referat, wie wir sie sonst in dem betreffenden Zentralblatt zu finden pflegen, sondern eine erschöpfende Literaturübersicht (398 Nummern!) über das ganze Gebiet, die für künftige Bearbeiter des Themas höchst willkommen sein wird, wenn sie auch Originales und leider auch Kritisches gar nicht bringt. Es werden in angenehmer, fließender Darstellung Genese, Folgezustände, Operation usw. des offenen und geschlossenen Divertikels und der Enterokystome besprochen und auch kurz der Enteroteratome des Nabels (Kolaczek's Schleimhautprolapse des Dottergangsrestes), der Nabelfisteln mit Magenschleimhautcharakter und der Pankreasdivertikel gedacht.

Von 192 Fällen von Darmverschluß durch das Meckel'sche Divertikel wurden 111 operiert und dadurch 32 geheilt; alle übrigen operierten und nicht operierten starben.

Ref. hätte einige Kritik wohl für angebracht gehalten. So dürfte wohl kein Chirurg bei Divertikelileus zur Ergründung des Sitzes des Verschlusses noch das Eingießen von Wasser und Eintreiben von Luft vom After aus anwenden. Wenn Verf. p. 486 sagt: »Vielleicht dürfte es sich empfehlen, in jedem Falle das ganze Divertikel . . . zu entfernen«, so hätte Ref. statt »Vielleicht« lieber »Unbedingt« gesetzt, und wenn p. 488 gesagt wird: »Ob man nach der Operation Opiate geben soll, ist noch strittig« und p. 622: »Nach der Operation kann in den ersten Tagen die Peristaltik durch Darreichung von Opium herabgesetzt werden«, so muß man dem entgegenhalten, daß das wohl kaum ein Operateur noch tun wird. Die Naht der durch Abtragen

des Divertikels entstehenden, rundlichen Darmwunde dürfte wohl besser in der Quer-, nicht in der Längsrichtung geschehen, wie p. 625 angegeben wird.

Goebel (Breslau).

20) F. Krumm. Über Divertikeldarmverschluß.

(Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden 1905. Dezember 31.)

10jähriger Knabe, der die Symptome einer gangränösen Appendicitis bot — nach Einleitung der Narkose wurde wegen starker Geschwulstbildung auch an Invagination gedacht — zeigte eine Achsendrehung einer Dünndarmschlinge um ca. 180° nach rechts um ein Meckel'sches Divertikel, das mit einem dünnen Strang am Eingange des kleinen Beckens inserierte; blutig-seröses Exsudat. Resektion von 1 m Darm mitsamt dem 4 cm breiten, weithalsigen, 6 cm langen Divertikel. Heilung.

Verf. bespricht kurz die Lehre von den Folgezuständen des Meckel'sches Divertikels und erwähnt, daß er ein ähnliches, blutig-seröses Exsudat bei akuter hämorrhagischer Pankreatitis und Fettgewebsnekrose und bei einem Falle von hochfieberhaft und akut unter dem Bild einer Perityphlitis einsetzenden Miliartuberkulose des Bauchfells beobachtet habe.

Goebel (Breslau).

21) P. Campiche. Über die bisherigen Resultate der verschiedenen operativen Eingriffe bei Coecumtuberkulose und Appendicitis tuberculosa — eine vergleichende Zusammenstellung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 495.)

Auf Veranlassung seines Chefs, Prof. Roux in Lausanne, hat sich C. der sehr verdienstlichen Mühe unterzogen, unter Durcharbeitung von 202 einschlägigen Veröffentlichungen die Resultate sämtlicher ihm bekannt gewordenen wegen Blinddarmtuberkulose ausgeführten Operationen geordnet zusammenzustellen und kritisch durchzusprechen. Er hat auf die Art ein vorzüglich unterrichtendes Sammelwerk geschaffen, welches seiner Absicht, eine brauchbare literarische Auskunftsstelle über den fraglichen Gegenstand zu bieten, bestens entspricht.

In der Arbeit finden sich in den die einzelnen Operationsmethoden separat besprechenden Abschnitten alle Fälle tabellarisch kurz nachgewiesen und dann die Erfolge jeder Methode einzeln erörtert. Für unser Referat genüge es zunächst die letzte, alles zusammenfassende statistische Schlußtabelle zu reproduzieren:

Zusammenfassend äußert sich C. schließlich dahin, daß es zurzeit noch nicht möglich ist, einer Operationsmethode allein den Preis zuzuerkennen. Obenan steht aber die Resektion, deren Heilungsaussichten sich am besten bei der Vereinigung von Seit-zu-Seit herausgestellt haben. Die Resultate sind in jüngster Zeit noch merklich besser als vordem. Übrigens sind die Rekonvaleszenten auch nach Heilung der Operation betreffs innerer Tuberkulose zu versorgen, um

Bezeichnung der Operation	Zahl der Fälle	Operativ geheilt	Kurz nach der Operation gestorben	Dauernd geheilt	Später gestorben	Vermißt	Lungen-tuberkulose	Darm- u. Bauchfell-tuberkulose	An Tuberkulose gestorben	Fisteln vor der Operation	Fisteln nach der Operation	An akuter Peritonitis gestorben
Resectio ileo-coecalis	154	79,87 %	20,12 %	34,41 %	13,63 %	31,81 %	20,07 %	6,49 %	9,09 %	8,44 %	8,7 %	6,49 %
davon Vereinigung End-zu-End	76	77,63 %	22,36 %	35,52 %	17,10 %	5,00 %				3,94 %	7,89 %	7,89 %
davon Vereinigung End-zu-Seit	16	81,25 %	18,75 %	31,25 %	0 (?)	50,00 %				12,50 %	18,75 %	
davon Vereinigung Seit-zu-Seit	26	88,46 %	11,53 %	34,61 %	7,69 %	46,15 %				11,53 %	3,84 %	
zweizeitiges Verfahren (Mikulicz)	10	70,00 %	30,0 %	60,00 %	10,0 %	—				—	10 %	20 %
mit Kunstafteranlage	6	66,66 %	33,33 %	16,66 %	50,00 %	—				16,63 %	—	33,33 %
Einfache Enteroanastomosen und partielle Darmausschaltung	35	88,57 %	11,43 %	45,7 %	25,7 %	17,1 %	28,6 %	11,4 %	22,8 %	14,3 %	11,4 %	2,08 %
Mehrfache Operationen an demselben Pat.	20	70 %	30 %	30 %	30 %	10 %	60 %	—	35 %	15 %	50 %	10 %
Probelaparotomie	19	68,5 %	31,5 %	15,7 %	15,7 %	36,9 %	36,9 %	10,6 %	31,5 %	—	10,6 %	—
Einfache Inzision	7	100 %	—	—	71,4 %	28,6 %	71,4 %	14,3 %	71,4 %	—	28,6 %	—
Appendektomie	22	86,4 %	13,6 %	13,6 %	27,2 %	45,4 %	27,2 %	45,4 %	27,3 %	4,5 %	22,7 %	4,5 %
Summa	279	81,4 %	18,6 %	33,3 %	19,3 %	28,6 %	29,4 %	10 %	17,1 %	12,5 %	17,5 %	5,4 %
Speziell Resektionen v. 1900—1905	50	86 %	14 %	30 %	2 %	54 %	12 %	2 %	—	12 %	2	4

definitive Vollheilungen zu erzielen. Darmanastomosen und Ausschaltungen haben sich auch exakter Heilungen fähig gezeigt, geben aber oft unvollkommene Resultate und erfordern oft noch nachträgliche weitere Eingriffe. Das Mikulicz'sche zweizeitige Verfahren fordert wegen hoher Operationssterblichkeit wenig zur Nachahmung auf, hat aber einen hohen Prozentsatz Dauerheilung gegeben. Absolut zu verwerfen ist wegen zu großer Mortalität Anlegung eines Kunstafters, desgleichen einfache Inzisionen und Probelaparotomien. Die einfache Ektomie eines tuberkulösen Wurmfortsatzes ist meist wertlos, da in der Regel der Blinddarm auch krank sein wird. Letzterer ist in solchen Fällen also stets mit zu revidieren und gleichzeitig operativ zu versorgen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

22) **K. Ewald.** Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 5.)

Verf gibt einen sehr klaren Überblick über die zurzeit geltenden operativen Indikationen bei der Gallensteinkrankheit. Seiner Überzeugung nach wird sich die Indikation zur Operation bei der Cholelithiasis nie in dem Maße ausdehnen, wie das bei der Perityphlitis, und gewiß mit gutem Rechte, geschah; denn Gefahr des Leidens und Erfolg der Operation stehen bei den beiden Krankheiten nicht im gleichen Verhältnis. Eine reguläre Cholelithiasis und selbst Koliken ohne Steinabgang sind entschieden weniger gefährlich als eine Blinddarmentzündung; die Entfernung der Gallenblase ist stets ein größerer Eingriff als die des Wurmfortsatzes, und der Heilerfolg ist jedenfalls in letzterem Falle sicherer. Andererseits sind die Gefahren einer Peritonitis nur in den ersten Stunden durch das chirurgische Messer zu bannen, während die der Cholangitis und Cholecystitis meist noch nach Tagen, mitunter selbst noch nach Wochen durch die Operation abgewendet werden können. **Paul Wagner** (Leipzig).

23) **H. Ehret** (Straßburg). Zur Diagnostik der Choledochussteine.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Bei chronischer Inkarzeration von Gallensteinen im Ductus choledochus zeigt nach E. die Temperaturkurve einen eigenartigen Verlauf, insofern die in der Regel normalen Temperaturen in kleineren (alle paar Tage) oder größeren (4 bis 12 Wochen) Abständen von beträchtlichen Fieberanfällen (von ein- bis mehrtägiger Dauer) durchbrochen werden. Mit diesen periodischen Temperatursteigerungen geht regelmäßig ein Aufflackern eines bestehenden oder ein Auftreten eines vorher nicht vorhandenen Ikterus, der allmählich zurückgeht, Hand in Hand. Außerdem treten zur Zeit dieser Anfälle die subjektiven, auf die druckempfindliche Leber bezüglichen Beschwerden ganz in den Hintergrund des Bildes; die spontanen Schmerzen fehlen gewöhnlich! Aus diesem

durch Cholangitisschübe bedingten Symptomenkomplex kann man nach E. bei Gallensteinkranken sicher die Diagnose auf Choledochusstein stellen, wenn jener auch nicht bei allen Choledochussteinen aufzutreten, bezw. mit voller Deutlichkeit vorhanden zu sein pflegt. Bei 17 Fällen hat den Verf. diese Diagnostik nicht im Stiche gelassen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Operationstischfrage.

Von

Dr. F. de Quervain in Chaux-de-Fonds.

Es geht mit den Operationstischen, wie mit den Spritzen; immer tauchen neue Modelle auf, deren Existenzberechtigung zum Teil darin liegt, daß die alten nicht gehalten haben, was man sich von ihnen versprochen hatte. Überdies stellt die fortschreitende operative Technik an eines ihrer wichtigsten Hilfsmittel, den Tisch, auch immer neue Anforderungen.

Ein idealer Tisch müßte sich den Umrissen des Körpers möglichst genau anschmiegen und müßte allen Bewegungen seiner Längsachse folgen können. Dem letzteren Postulate stellt sich aber, abgesehen von der unvermeidlichen Inkongruenz der Körper- und Tischachsen, schon die Vielheit der Wirbelgelenke entgegen, die wir am Tische nicht nachahmen können. Auch wenn wir die am meisten beweglichen Wirbelgruppen, d. h. diejenigen der Hals- und Lendenwirbelsäule am Tisch je in ein Gelenk zusammenfassen, so finden wir, daß die allerwenigsten Modelle auch nur in bescheidener Weise der eben aufgestellten Forderung Rechnung tragen. Sofern die Konstruktionen von dem einfachen horizontalen, für eine große Zahl von Operationen genügenden Typus abweichen, so erlauben sie ein Vorwärtsbeugen im Hüftgelenk und in der Lendenwirbelsäule und etwa noch Vor- und Rückwärtsbeugen der Halswirbelsäule. Sozusagen nie wird dagegen auf die Rückwärtsbeugung, Lordosenstellung der Lendenwirbelsäule und die Hyperextensionsstellung in den Hüftgelenken Rücksicht genommen, und doch sind gerade diese Stellungen für die Bauchchirurgie von immer mehr erkannter Bedeutung.

Man kann sich ja freilich noch immer, wie man es früher tat, mit Kissen und Rollen behelfen, doch machen sich die Nachteile dieser Art von Hilfsmittel um so unangenehmer bemerkbar, als es oft genug wünschenswert ist, die Lagerung des Pat. auch noch im Verlaufe der Operation zu verändern. Die Forderung, daß der Tisch als solcher diese Lageveränderung möglich machen sollte, hat z. B. Kocher in der letzten Auflage seiner Operationslehre (1902) sehr bestimmt aufgestellt.

Der erste den Verhältnissen der Wirbelsäule genau angepaßte Tisch ist wohl derjenige von Doyen[1] (1897). Die Hebung der Lendengegend wird aber nicht durch Winkelstellung der einzelnen Tischblätter, sondern durch Heben einer queren Leiste vermittels Zahnstange und Kurbel bewirkt. Überdies ist der Doyen'sche Tisch durch die zahlreichen Kurbeln und Zahnstangen zu einem so komplizierten und schwer zu reinigendem Mechanismus geworden, daß wir in ihm, trotz des großen Fortschrittes, den er anbahnte, das Ideal eines Operationstisches nicht sehen können, ganz abgesehen von seinem hohen Preise.

F. König[2] hat (1902), unabhängig von Doyen, die gleiche Vorrichtung zum Heben der Lendengegend, wie sie Doyen braucht, am Steltzner'schen Tische angebracht, und Kelling[3] empfiehlt dieselbe daraufhin für seine Becken-Hänge-

[1] Technique chirurgicale. Paris 1897.
[2] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIX. p. 650.
[3] Zentralblatt für Chirurgie 1904. Nr. 4.

lage. Diese Vorrichtung muß aber, da sie nicht organisch mit dem Tische verbunden ist, immerhin noch als ein Notbehelf angesehen werden, der freilich da recht zweckmäßig ist, wo der Tisch keine Rückwärtsbeugung der Lendenwirbelsäule erlaubt.

Auch der zum Zwecke der Hochlagerung der Lendengegend von Moszkowicz[4] angegebene Operationstisch bietet nur eine unvollständige Lösung des Problems, abgesehen davon, daß derselbe durch die Unmöglichkeit, die Trendelenburg'sche Lage herzustellen, für die Bauchchirurgie nur einen beschränkten Wert hat.

Ich suchte mit Unterstützung des Instrumentenmachers M. Schärer in Bern die gestellte Aufgabe der allseitigen Verstellbarkeit im Sinne der Beugung und Überstreckung unter Anwendung der einfachsten Mittel in folgender Weise zu erreichen:

Das leicht gehöhlte 30 cm lange Beckenblatt trägt ein 75 cm langes Beinblatt und ein in seinem Lendenteil etwas gewölbtes 40 cm langes Rückenblatt. An letzteres ist ein 30 cm langes Kopfblatt angeschlossen. Jedes Blatt ist seinem Nachbarblatt gegenüber sowohl im Sinne der Flexion, als der Extension um mindestens 45° verstellbar. Das ganze System ist ferner, zur Erzielung der Trendelenburg'schen Steillage, um eine in der Schwerlinie des Körpers liegende quere Achse drehbar. Es ergibt sich aus dem Gesagten, daß sich die Tischfläche allen Vor- und Rückwärtsbewegungen der Körperlängsachse anpassen kann, soweit überhaupt bei der individuellen Verschiedenheit des Körperbaues eine Anpassung möglich ist. Der verschiedenen Körperlänge der Pat. wurde dadurch Rechnung getragen, daß das Kopfstück ausziehbar gemacht wurde. Die Form des Führungsstabes desselben als Kreissegment erlaubt zugleich, die bei langgebauten Individuen etwas stärkere Nackenkyphose zu berücksichtigen. Je weiter nämlich das Kopfstück ausgezogen wird, um so höher kommt sein Niveau über das Niveau des Rückenblattes zu liegen.

Die ausgedehnte Verstellbarkeit der einzelnen Teile wurde unter Vermeidung aller Kurbeln und Zahnstangen durch entsprechend gebogene, glatte, runde Führungsstäbe und besonders konstruierte kräftige Hebelbremsen erzielt.

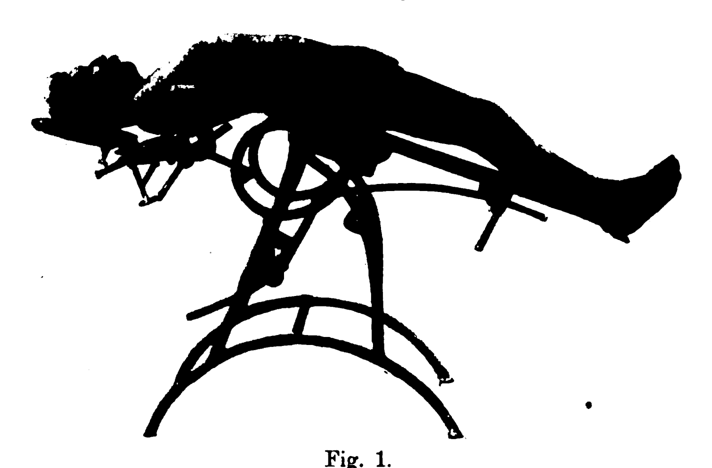


Fig. 1.

Es ergibt sich aus dem Gesagten und aus den beigefügten Abbildungen, daß auch während der Operation von der Horizontallage aus der Oberbauch durch einfache Bedienung von zwei dem Operationsfelde weit abliegenden Hebeln zum höchsten Punkte gemacht werden kann, eine Lage, die wir Oberbauchhochlage bezeichnen möchten (Fig. 1). Auf die Bedeutung dieser Lage, besonders für

[4] Zentralbl. f. Chir. 1904. Nr. 20.

die Chirurgie der Gallenwege, ist von vielen Seiten schon genügend hingewiesen worden, so daß ich hier nicht noch einmal darauf eingehe. Dagegen möchte ich die Vorteile einer anderen Lage betonen, nämlich der Unterbauchhochlage (Fig. 2), bei der, wiederum durch sehr einfache Manipulationen, die Leistengegend zum höchsten Punkte gemacht wird. Jeder, der Hernien operiert hat, weiß, wie lästig es ist, wenn der Pat., entweder nur in Lokalanästhesie befindlich oder nicht genügend tief narkotisiert, als Abwehrbewegung die Schenkel anzuziehen und die Leistengegend zurückzuziehen sucht. Es ist unvergleichlich viel angenehmer, wenn man, statt zu den auch für diese Fälle vielfach verwendeten Kissen seine Zuflucht nehmen zu müssen, sofort den Tisch selbst so einstellen kann, daß der Pat. sozusagen auseinander gebogen wird, und daß sich auch bei stark vorragenden Fettbäuchen die Leistengegend dem Operierenden flach ausgebreitet darbietet. Wer sich einmal an eine derartige Verstellbarkeit des Tisches gewöhnt hat, der wird nur ungern zu den unbeweglichen horizontalen Tischen mit dem unter den Pat. geschobenen Kissen zurückkehren.

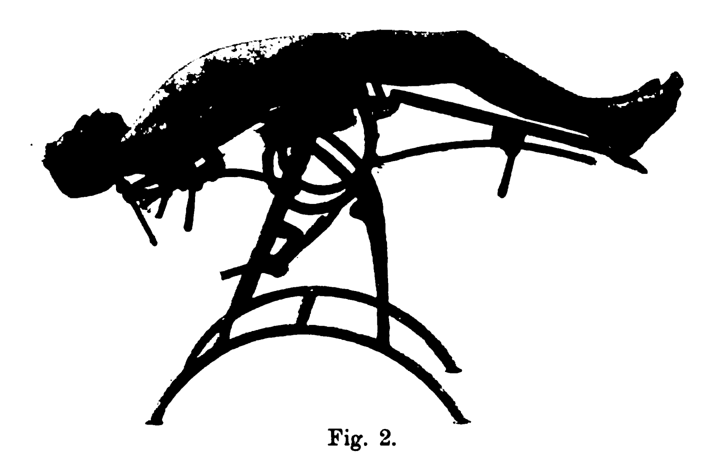


Fig. 2.

Auch für die Nierenschnittlage hat das Auseinanderbiegen des Pat. seine Bedeutung, indem dadurch Rippenrand und Darmbeinkante so weit wie möglich voneinander entfernt werden. Das lästige Umkippen des Pat. bauch- oder rückwärts wird durch eine verschiebliche und auf die Körperfülle des Pat. einstellbare Klammer verhindert, durch welche aber die Ausbiegung der Nierengegend in keiner Weise beeinträchtigt wird.

Die Feststellung des Kopfes bei Gesichtsoperationen wird durch einen, der Kopfform nachmodellierten, sehr einfachen Kopfhalter erzielt (s. Fig. 2).

Daß sich auch die für Halsoperationen so wichtige Rückwärtsbeugung des Kopfes mit gleichzeitiger halbsitzender Lage des Oberkörpers, wie sie von Kocher besonders für Kropfoperationen empfohlen wird, sehr bequem erzielen läßt, das geht ohne weitere Illustration aus der Beschreibung des Tisches hervor.

Bei der Trendelenburg'schen Steillage wird das Gleiten des Pat. entweder durch einen um den Nacken geschlungenen und am Rückenblatt eingehakten Gurt, oder durch Aufhängen der Kniekehlen in den Beinhaltern verhindert.

Was noch die technische Ausstattung des Tisches betrifft, so sei beigefügt, daß derselbe sowohl mit feststehendem Niveau (wie in dem hier abgebildeten Modell), als auch auf Ölpumpenfuß mit verstellbarer Höhe hergestellt wird. Letztere Vorrichtung ist zwar nicht unentbehrlich, aber doch recht angenehm, wenn man die Vorteile der eben beschriebenen verschiedenen Lagen in vollem Grade ausnutzen will.

24) **A. Schmincke.** Zur Kasuistik primärer Multiplizität maligner Tumoren.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 160.)

Bei einer 60jährigen Frau, der wegen Sarkom der Uterus exstirpiert war, fand sich bei der Sektion ein Zylinderepithelkrebs der Gallenblase mit ausgedehnter Metastasenbildung in der Leber. Das Sarkom erwies sich als Spindelzellensarkom und hatte in das linke Parametrium und den unteren linken Lungenlappen metastasiert. **Doering** (Göttingen).

25) **E. Ruge.** Infektiöses Aneurysma der linken Coronararterie als Teilerscheinung einer Septikopyämie nach Osteomyelitis acuta infectiosa femoris.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 150.)

Im wesentlichen anatomische, aus dem pathologischen Institut zu Bonn stammende Arbeit. Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der, mit Zeichen schwerster Sepsis in die Klinik gebracht, einer Resektion des vereiterten Hüftgelenkes sowie der Punktion eines eitrigen Ergusses in der linken Brusthöhle unterzogen war, übrigens sehr laute Herzgeräusche gezeigt hatte. Im Hüftgelenke hatte es sich um osteomyelitische Epiphysenlösung, bei der Punktion nicht, wie angenommen, um einen Pleura-, sondern um einen Perikardialerguß gehandelt; und was die Herzgeräusche betrifft, so zeigte die Sektion, daß dieselben durch ein 4:3:3 cm messendes Aneurysma der linken Coronararterie, welches, in der Substanz des linken Vorhofes gelegen, die Öffnung der Mitralklappe komprimiert hatte, verursacht gewesen waren, während die Klappen der Mitralis wie Aorta gesund bzw. frei von Vegetationen waren. Das Aneurysma wird genau makro- wie mikroskopisch beschrieben. Es ist durch eine von Streptokokken veranlaßte Ulzeration der Gefäßwände verursacht; die Details seiner Entstehung werden durch Beschreibung, wie durch die guten beigegebenen mikroskopischen Illustrationen, in denen teilweise auch die Streptokokkenherde ersichtlich sind, bestens verdeutlicht. Da übrigens anbetrachts des normalen Verhaltens der Mitral- und Aortenklappen die Embolie eines größeren Thrombus in die erkrankte Arterie ausschließbar erscheint, ist anzunehmen, daß die Kokkeneinschleppung durch die im flüssigen Blute zirkulierenden Keime geschehen ist. Das Aneurysma war also rein mykotischer, nicht mykotisch-embolischer Natur, ein, wie R. will, also »infektiöses« Aneurysma, ein in der Pathologie noch kaum beachteter Vorgang. — Zum Schluß ein 14 Arbeiten aufzählendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **Habs.** Erfahrungen mit Bier'scher Stauungshyperämie bei akuten Eiterungen.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 46.)

Verf. hat an sehr gutem Materiale das Bier'sche Verfahren erprobt und vortreffliche Resultate damit erzielt. Er betont vor allem, daß nur der ein Urteil fällen darf, der das Verfahren exakt ausführt. Er konstatiert die vortrefflich schmerzstillende Wirkung und bestätigt die »gewebserhaltende« Wirkung der Stauungshyperämie, indem die Entzündungserscheinungen prompt zurückgehen und dann eine raschere und vollkommenere Regeneration erfolgt, als es »nach sonstigen Erfahrungen zu erwarten war«. Vier Fälle von septischer Eiterung des Kniegelenkes heilten vollkommen aus »in auffallend kurzer Zeit«. Bei Sehnenscheideneiterungen an der Hand blieben bei Anwendung des Verfahrens über die Hälfte der Sehnen erhalten und funktionsfähig.

Die Mitteilung des Verf.s enthält demnach eine volle Bestätigung von Bier's eigenen Erfahrungen. **Schmieden** (Bonn).

27) **Bonnette.** Curieux exemple de molluscum pendulum en forme de verge inséré sur la fesse droite.

(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 14.)

Der 45jährige Kaffer trug sein Anhängsel solange er denken konnte; erst eine in letzter Zeit eingetretene Entzündung bewog ihn seine Entfernung zu veranlassen. Das ganze hatte täuschend die Form eines riesigen Penis mit Glans (anfangs ulzerierte, jetzt granulierende Kuppe an der Spitze) und Präputium (Rand der Haut am Geschwür). Die Länge betrug 16 cm, der Durchmesser an der Basis 3 cm, an der breitesten Stelle der Glans 5 cm.

Ganz ungewöhnlich ist der Sitz der Anheftung an der Spina iliaca posterior superior, so daß das Fibrom unter das Gesäß herabhing.

V. E. Mertens (Breslau).

28) **G. Grulee.** Echinococcus disease of the heart, with a report of a case.

(Surgery, gynacology and obstetrics 1905. Nr. 4.)

Genaue Beschreibung einer Echinokokkuserkrankung, die nach Verf.s Ansicht von einer primären Affektion des Herzens ausgeht. Im rechten Herzohre fanden sich bei der Autopsie Tochtercysten. — Verf. hat überdies 55 Fälle von Echinokokkus zusammengestellt, bei denen das Herz resp. Perikardium mitbeteiligt war.

Heile (Wiesbaden).

29) **E. Beer.** Mammary syphilis &c.

(Med. news 1905. Oktober 28.)

Verf. berichtet über einen ungewöhnlich seltenen Fall von Syphilis der Brust bei einer 35jährigen Frau. Die gummösen Knoten in der Drüse, in der Axilla und der Supraclaviculargrube wurden zunächst für karzinomatös gehalten. Doch leiteten die weichere Konsistenz, sowie Drüsen im Nacken und in der anderen Achselhöhle auf den Verdacht einer Lues hin, welcher dann auch in der Anamnese und der prompten Reaktion auf eine spezifische Behandlung seine Bestätigung fand.

A. Hofmann (Karlsruhe).

30) **A. Schambacher.** Anatomisches über »Paget's disease of the nipple«.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 332.)

Ausführliche, durch vier Figuren illustrierte Berichterstattung über eine in der Madelung'schen Klinik ausgeführte histologische Untersuchung einer wegen Pagetkrebs amputierten Mamma. Auch S. fand die in diesen Fällen stets zur Beobachtung gelangten großen, hellen sogenannten Pagetzellen mit großem, chromatinreichem Kern im Stratum Malpighi der Epidermis liegend. Er vertritt aber nicht die allgemeine Annahme, daß es sich hier um veränderte Epidermiszellen handelt, sondern weist nach, daß ein Karzinom der Brustdrüse weiter wuchernd durch die Milchgänge bis in die Warze sich intraepidermisch auf den Warzenhof fortsetzt. Die Pagetzellen bilden innerhalb der Epidermis ein kontinuierliches Ganzes, durch welches die gesunden Epidermiszellen (Stachelzellen) bei Seite geschoben und komprimiert werden. Durch die Einlagerung der zahlreichen hellen Karzinom-Pagetzellen wird die Epidermis transparenter, und hierdurch entsteht die große Ähnlichkeit mit Ekzem. Ähnliche Hautkarzinome sind in neuerer Zeit von Bormann beschrieben, und, wie in einem Nachtrage bemerkt wird, sind auch Ribbert und Jacobäus zu gleichen Anschauungen über die Paget'sche Krankheit gelangt, wie S. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) **W. Krusen** (Philadelphia). Carcinoma of the male breast. Report of a case.

(Amer. journ. of surg. 1905. Dezember.)

Kurze Übersicht über frühere Publikationen und Beschreibung eines nur mit Schwierigkeiten operierten Falles bei einem 44jährigen Briefträger. Vor 1 Jahre

war an der Stelle, wo der Lederriemen der Brieftasche unter der rechten Mammilla gerieben hatte, eine Schwellung entstanden, die bei der Operation hühnereigroß war und zu Metastasen in den Achsel- und Subclaviculardrüsen geführt hatte.

(Ref. hat in Alexandrien ein inoperables Mammakarzinom bei einem etwa 50jährigen Fellachen beobachtet.) **Goebel** (Breslau).

32) **Gage.** Cancer of the breast. End result of 100 operations.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. November 11.)

Seine Beobachtungsreihe zerfällt in zwei Abschnitte: 46 Operierte ohne und 62 Operierte mit radikaler Entfernung des Pectoralis minor und des Brustursprunges des Pectoralis major. Aus der ersten Reihe sind 8 am Leben, davon 3 12 Jahre, 1 über 11, je 1 10, 8 und 6 Jahre. Bei der zweiten Reihe war nur in 5 Fällen die Muskulatur nicht mitentfernt, weil es sich bei diesen um Palliativoperationen handelte. Von den 57 noch in Betracht kommenden Fällen wurden Nachrichten erhalten. Alle sind vor länger als 3 Jahren operiert. 39,5% dieser sind zurzeit am Leben und rückfallsfrei, 2 von ihnen über 5 Jahre, 8 über 4, 5 über 3 Jahre, während bei der ersten Reihe nur 11 = 25% das 3. Jahr ohne Rückfall erreichten. Bei Betrachtung der Rückfälligen ist das Verhältnis weit ungünstiger und gleicht vielmehr dem der ersten Reihe: 50 bzw. 53%. Das Alter der Operierten hatte keinen nachweislichen Einfluß auf das Endergebnis. Wie lange vor der Operation schon Krankheitserscheinungen da waren, ließ sich in keinem Fall einwandsfrei feststellen. Rezidive bei Operierten der ersten Serie traten an der Narbe 3mal öfter auf als in entfernten Teilen, und in 3/4 aller Fälle innerhalb Jahresfrist; bei denen der zweiten Serie ist das Verhältnis der Narbenrezidive zu inneren Metastasen 20 : 3, aber nur die Hälfte der Operierten erlitt das örtliche Rezidiv innerhalb eines Jahres.

Die Statistik ist um so wertvoller, weil nur wirklich inoperable Fälle von der Behandlung ausgeschlossen wurden. Sie bestätigt aufs neue auch bei uns gemachte Erfahrungen. **Trapp** (Bückeburg).

33) **J. Zemann.** Die laterale Ösophagotomie bei Fremdkörpern des Ösophagus.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 679.)

Der beschriebene Fall, in dem es sich um eine 46jährige Geisteskranke handelte, die eine Kastanie verschluckt hatte, ist durch den tiefen Sitz des Fremdkörpers (25 cm von der Zahnreihe) und durch die Komplikation mit einer kleinfaustgroßen Struma parenchymatosa bemerkenswert. Die Operation erfolgte in typischer Weise. Die Ösophaguswunde wurde in zwei Etagen — Schleimhaut und Muscularis — genäht. Der postoperative Verlauf war ein fieberhafter, die Heilung dauerte 30 Tage. **G. Mühlstein** (Prag).

34) **J. Preindlsberger.** Ein seltener Befund bei stumpfem Trauma des Abdomen.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 3.)

Bei der Sektion eines durch Erdmassen verschütteten 35jährigen Arbeiters fand sich folgendes: mehrfache Frakturen der Rippen, Kontusionen der Lungen, Zerreißung des Vorhofs, Zerquetschung der Leber und schließlich als interessanteste Verletzung ein intraperitonealer Riß im Mastdarm mit Austritt einer an ihrem Mesenterium abgerissenen Dünndarmschlinge, die dann durch den unverletzten After vorfiel. **Paul Wagner** (Leipzig).

35) **Hoepfl** (Hausham). Fall von subkutaner Darmzerreißung mit operativer Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

Der 25jährige Bergarbeiter hatte am Abend durch einen Eisenhobel einen Schlag gegen die linke Unterbauchgegend erhalten, danach einige Zeit weitergear-

beitet und war, schließlich durch Schmerzen und Übelkeit daran gehindert, zu Fuß nach dem Krankenhause gegangen. Am nächsten Morgen Wohlbefinden; mittags wurden nach Aufnahme von flüssiger Nahrung, die ihm die Wärterin trotz des Verbotes gegeben hatte, die Perforationserscheinungen deutlich. Bei der Laparotomie floß Kot aus der Bauchhöhle, der einer $2^1/_2$ cm langen queren Öffnung (Ränder ektropioniert) einer Dünndarmschlinge entstammte; nach Naht derselben wurden die zum Teil mit Fibrin bedeckten Därme herausgepackt, eine zweite gequetschte Stelle mit einem bis in die Muscularis reichenden Riß vernäht, die Bauchhöhle gründlich ausgespült und die geblähten Därme nach mehrfachen Punktionen mittels feiner Hohlnadel in den Bauchraum zurückgebracht; Tampon nach der hinter die Bauchwunde verlagerten verletzten Darmstelle. Postoperativer paralytischer Ileus; wiederholte subkutane Kochsalzinfusionen. Heilung. **Kramer** (Glogau).

36) **Hayd.** Gunshot wound of the abdomen.

(Buffalo med. journ. 1905. Dezember.)

14jähriges Mädchen mit Revolverschußwunde des Bauches. Das Geschoß fand sich bei der Operation in den Maschen des großen Netzes. Perforationen im Querkolon und in der vorderen und hinteren Magenwand wurden mit Jodcatgut vernäht, sodann der mediane Bauchschnitt geschlossen, durch einen zweiten medianen Einschnitt über der Symphyse die Bauchhöhle wiederum eröffnet und durch Spülung von ausgetretenen Speiseresten befreit; auch ein vom Geschoß augenscheinlich mitgerissenes Stück der Kleidung wurde so entfernt. Glastubendrainage der Bauchhöhle von dem unteren Schnitt aus, Schräglagerung mit erhöhtem Oberkörper, häufige Aspiration des Bauchhöhlensekretes mit der Spritze, glatte Heilung.
Mohr (Bielefeld).

37) **Cummins.** Tuberculous peritonitis. A statistical review.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1905. Dezember.)

C. fand unter 3405 Sektionsbefunden der großen Krankenhäuser Philadelphias 845mal Tuberkulose und unter diesen 92 Fälle von tuberkulöser Peritonitis, also in 2,7% der Gesamtfälle. 24,8% aller Formen von Peritonitis waren tuberkulöser Natur. Das männliche Geschlecht war doppelt so häufig wie das weibliche befallen; der älteste Kranke war 73 Jahre, der jüngste 16 Monate alt, die meisten Erkrankungen fielen in das 20.—40. Lebensjahr. 50% der Fälle zeigten allgemeine Miliartuberkulose. Anscheinend primäre Tuberkulose des Bauchfells — dieses war der einzige Erkrankungsherd — fand C. nur in 3 Fällen. Was den primären Infektionsherd angeht, so waren 84% mit Lungentuberkulose, 32% mit Darmtuberkulose kompliziert. Bei den weiblichen Kranken waren in 40% die Tuben erkrankt, unter den männlichen nur in 8% die Urogenitalorgane. 2 Fälle waren mit Knochentuberkulose kompliziert, und zwar einmal mit Tuberkulose des Kreuzbeines, Beckens, der Lendenwirbel und Rippen, und bei dem anderen Kranken mit Herden in den Hals-Rückenwirbeln und prävertebralem Abszeß. In 10 Fällen fand sich gleichzeitig eine Lebercirrhose.

Was die chirurgische Behandlung anlangt, schließt C. aus seinen Befunden, daß die fibrösen Formen die meisten Heilungen ergeben, die ulzerösen die wenigsten. Viele Fälle heilen spontan aus, die ulzerösen sind jedoch einer solchen Ausheilung nicht fähig. **Mohr** (Bielefeld).

38) **Gunkel** (Fulda). Zur Frühoperation bei Epityphlitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

G. hat innerhalb eines Jahres 45 Fälle von Blinddarmentzündung operiert, und zwar 20 innerhalb der ersten 48 Stunden — sämtlich geheilt — trotz Bestehens von diffuser (5mal) oder umschriebener eitriger Peritonitis (5mal), bzw. von Empyem des Wurmfortsatzes (4mal). — Dagegen sind von den 9 Pat., welche im späten akuten Stadium operiert werden mußten, 5 gestorben (3 an bereits bestehender diffuser, eitriger Peritonitis, 2 an Leberabszessen, bzw. subphrenischem Abszeß).



Die 16 im anfallsfreien Stadium Operierten genasen sämtlich. — Auch nach G.'s Erfahrungen läßt sich aus dem Krankheitsbild ein sicherer Schluß auf die Schwere der Erkrankung nicht immer ziehen, so daß die Frühoperation in den ersten 48 Stunden in den meisten Fällen durchaus geboten ist; G. hat sich ihrer nur in 3 Fällen sehr leichter Form, in denen die Erscheinungen bereits am 2. Tage zurückgingen, enthalten. **Kramer** (Glogau).

39) **Graser** (Erlangen). Bemerkungen zur Therapie der akuten Perityphlitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

Bei allen ernsteren Fällen, die sich durch ausgebreitete Druckempfindlichkeit des Bauches mit diffuser Spannung der Bauchmuskeln kennzeichnen, hält G. die sofortige Operation innerhalb der ersten 36 Stunden für durchaus notwendig; am 3. Tage ist der Eingriff bereits viel schwieriger und sehr gefahrvoll, da bereits das Bauchfell schwer geschädigt, die Intoxikation beträchtlich und die Darmlähmung eingeleitet ist. Bei frühzeitiger Operation gelingt es dagegen, auch solche Pat. zu retten, bei denen das Operationsfeld schon einen traurigen Anblick bietet; so hat G. drei solcher Fälle, wo bereits jauchige Peritonitis und Perforation des Wurmfortsatzes bestand, bei Operation nach 36 Stunden glatt genesen sehen.

Kramer (Glogau).

40) **N. Damianos.** Über die Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen im Kindesalter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 228.)

Bericht eines im Kronprinz Rudolf-Kinderhospital in Wien operierten Falles. Elendes 6monatiges Mädchen, bei welchem vom 3. Monat an ein zunächst reponibler linker Leistenbruch bemerkt war. Seit 14 Tagen ist er nicht mehr beweglich und taubeneigroß, derb elastisch, zeigt gedämpfte Perkussion. Zeitweise Erbrechen und Bauchauftreibung, Stuhl träge. Die Operation zeigt als Bruchinhalt Eierstock, Tube und schmutzig braunrotes Bruchwasser. Eierstock haselnußgroß, nierenförmig, dunkelviolett. Er hat sich, von hinten nach oben vorn um die ebenfalls blauschwarz verfärbte Tube sich drehend, letzterer vorgelagert. Lig. latum stark verdickt. Abtragung der Adnexe usw., glatte Heilung.

In der der kasuistischen Mitteilung angefügten Allgemeinbesprechung wird ausgeführt, daß auch bei Kindern die Leistenbrüche des Eierstockes bezüglich der Adnexe stets erworben, nie angeboren sind. Denn nach neueren Untersuchungen (Heegard) ist dem weiblichen Geschlechte weder die Bildung eines Scheidenfortsatzes des Bauchfelles, noch ein dem Descensus des Hodens analoger Descensus ovarii zuzuschreiben. Das Schlüpfen des Eierstockes in einen Leistenbruchsack wird bei Kindern durch die Nähe des Organes am inneren Bauchringe begünstigt, auch kann Hereinziehung des Bauchfelles des Lig. latum in den Bruchsack die Nachzerrung des Eierstockes bewirken. Was die häufig beobachtete Achsendrehung der Adnexe im Bruche betrifft, so kann dieselbe nach der Theorie von Payr erklärt werden. Bei starker Füllung von Venen, die an einem verhältnismäßig kurzen und unnachgiebigen Strange festsitzen, treten sich windende Bewegungen der Gefäße ein. Die bislang publizierte Kasuistik der Erkrankung (im ganzen 20 Fälle — 16 davon sichere Stieldrehungen) wird in kurz referierten Krankengeschichten zusammengestellt. Die operativen Resultate waren durchgängig gut.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **A. Müller.** Bericht über 49 Fälle von operativ behandeltem Magengeschwür und deren Folgen.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

M. bespricht in der Arbeit 49 von Müller-Rostock ausgeführte Operationen. Sie waren an Pat. im Alter von 17—64 Jahren vorgenommen, wobei das Durchschnittsalter der Männer, die zur Operation kamen, höher war als das der Frauen.

Ebenso war die Zahl der operierten Männer größer als die der operierten Frauen. Blutungen hatten in 26 Fällen bestanden. Eine Geschwulst bzw. Resistenz war in 26 Fällen (= 53%) zu fühlen gewesen. Dilatation des Magens wurde in 19 Fällen (ca. 40%) festgestellt.

Die häufigste Operation, die Gastroenterostomie, wurde nach der ursprünglichen Wölfler'schen Methode als Gastroenterostomia antecol. ant. ausgeführt, seit 1898 mit horizontaler Aufhängung des zu- und abführenden Schenkels der Jejunumschlinge nach Kappeler. Seitdem wurde Circulus vitiosus nicht mehr beobachtet.

Bei den Resektionen handelte es sich stets um einfache Exzisionen des betreffenden Magen- oder Pylorusteiles. Ein Resektionsfall, der wegen Perforation infolge Ulcus pepticum am 4. Tage relaparotomiert wurde, endete günstig. Pyloroplastiken wurden nach Heineke-Mikulicz ausgeführt, ebenso die Gastroplastik. Als Nahtmaterial wurde stets Catgut benutzt, in zweireihiger fortlaufender Naht.

Der Operation erlagen 10 = 20,4%; 4 davon mit offenen Geschwüren, 2 mit Narbenstenosen, 3 mit entzündlichen Geschwülsten, ein Teil mit Verwachsungen. Der Verdacht auf Catgutverdauung und dadurch bedingte Perforation lag in dem einen tödlichen Falle von offenem Geschwüre vor. Im ganzen ist unter den 10 Todesfällen 5mal Peritonitis zu verzeichnen gewesen, 1mal davon bei Verbleiben eines Tampons in der Bauchhöhle.

Bei den überlebenden 37 Pat. hat die Operation in allen Fällen den Erfolg gehabt, daß event. vorher bestehende Blutungen in der Folgezeit nicht mehr aufgetreten sind. In der Mehrzahl der Fälle sind die Pat. von ihren Schmerzen befreit worden; nur in 3 Fällen hat die Operation zu keiner wesentlichen Besserung geführt. **E. Moser** (Zittau).

42) A. Fuchs. Über ein primäres Sarkom des Magens.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 146.)

Ausführliche klinische und pathologisch-anatomische Mitteilung eines Falles von Magensarkom bei einem 56jährigen Manne, der im pathologischen Institut zu Breslau zur Autopsie gelangt war. Die Magenerkrankung verlief unter dem Bilde eines Karzinoms — starke Abmagerung — keine Salzsäure. Der Sitz der Neubildung war die große Kurvatur. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen außerordentlich ausgedehnte Metastasen im Mediastinum und den Pleuren, die zu Kompression der Luftröhre, der Speiseröhre, des rechten Recurrens und der Einmündungsstellen der Hohlvenen, besonders der oberen, geführt hatten. Sie ließen sich, abgesehen von den durch sie verursachten klinischen Symptomen, sehr deutlich durch die Röntgendurchleuchtung nachweisen. Die Resultate der genauen mikroskopischen Untersuchung, die einmal die Diagnose »primäres Magensarkom« sicherstellt, dann aber auch den Ausgangspunkt der Geschwulst im Stützgewebe der Submucosa nachweisen, müssen im Originale nachgelesen werden.

Doering (Göttingen).

43) A. Brüning. Beitrag zur Frage der Resektion des karzinomatösen Magens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 96.)

Die Arbeit bringt außer mancherlei nichts Neues enthaltenden Allgemeinbemerkungen zur Pathologie und Chirurgie des Magenkarzinoms eine Berichterstattung über die Praxis der Poppert'schen Klinik in Gießen auf dem Gebiete der Magenresektion wegen Karzinom. Bei der bislang noch bestehenden großen Unsicherheit der Frühdiagnose auf Magenkarzinom steht diese Klinik auf dem Standpunkte, bei älteren chronisch und verdächtig magenkranken Personen, die auch Abmagerung und Verstopfung zeigen, zur Klärung der Lage die Probelaparotomie anzuraten. Eine Resektion wird dann vorgenommen, wenn die Geschwulst auf den Magen beschränkt ist, wenn ferner nur die regionären Drüsen erkrankt sind und diese so liegen, daß sie mit Wahrscheinlichkeit alle entfernt werden können. Die

fast ausschließlich gewählte Operationsmethode ist die nach Billroth II, wobei Duodenum ebenso wie Magen mit Zangen nach Doyen-Kocher gequetscht und dann mittels Tabaksbeutelschnürnaht bezüglich (der Magen nach Verschorfung der vorgequetschten Schleimhaut) mittels Steppnaht und weiter mittels Lembertnähten verschlossen werden. Die Gastroanastomose wird regelmäßig mit Murphyknopf hergestellt, wenn möglich als retrocolica. Stets wird mittels Gazestreifen und Gummirohr drainiert und während der ersten Nachbehandlungstage der Magen regelmäßig ausgespült. Die unmittelbaren Operationsheilungsresultate sind außerordentlich günstig; denn von den 32 Resezierten starben sechs im Anschluß an die Operation, aber nur infolge von Übeln, die mit der Operation oder der Wundbehandlungstechnik nicht im Zusammenhange standen. Die durchschnittliche postoperative Lebensdauer der Genesenen beläuft sich auf $16^2/_3$ Monate. Am längsten überstand ein Pat. die Operation mit $4^1/_2$ Jahren. 13 Pat. sind noch am Leben, drei Fälle im ganzen haben die Operationen länger als 2 Jahre überlebt. Ein Fall von Dauerheilung ist nicht zu registrieren. Bei der klinischen Nachuntersuchung der Genesenen fand sich die motorische Funktion des Magens bis auf einen Fall stets hergestellt. Ein dichthaltender Verschluß zwischen Magen und Darm fehlte stets, die chemische Untersuchung des nach Probemahlzeiten ausgeheberten Magensaftes ergab stets Fehlen von Salz- und Milchsäure. Appetit, Ernährung, Stuhlgang dagegen waren gut. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) **H. Ito** und **S. Asahara.** Beitrag zur totalen resp. subtotalen Exstirpation des Magens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 135.)

Verff. berichten über zwei in der Klinik zu Kyoto ausgeführte totale oder doch fast totale (»subtotale« — von Boeckel) Magenexstirpationen. In Fall 1 stieß nach Vollendung der Magenexzision die Hervorholung des Speiseröhrenstumpfes auf Schwierigkeit. Da wegen schlechten Zustandes der Kranken Eile not tat, wurde die Speiseröhre verschlossen und eine Duodenalfistel angelegt, wonach aber alsbald der Tod eintrat. Dagegen ließ sich in Fall 2 (46jähriger Mann) die Zusammennähung von Cardia und Duodenum gut machen; es trat Heilung ein. Pat. konnte zunächst gut essen, nahm auch an Gewicht zu, kehrte aber 3 Monate nach der Operation mit Ödemen und Ascites schwer krank ins Spital zurück, um 14 Tage später, wie die Sektion zeigte, an Karzinose des Bauchfelles und der Gekrösdrüsen zu sterben. »Vom Magen ist bloß ein daumenkuppengroßer Teil der Cardia zurückgeblieben, die übrigen Teile sind gänzlich exzidiert.«

Der kurze den Krankengeschichten beigefügte Allgemeintext der Arbeit gibt einige Daten zur Geschichte der Magentotalexstirpation, von der die Verff. hoffen, »daß sie in der Zukunft eine recht erweiterte Indikation finden wird«. Beachtenswert ist das 108 (!) Nummern zählende zum Schluß gegebene Literaturverzeichnis. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

45) **Delkeskamp.** Über Volvulus der Flexura sigmoidea bei Hirschsprung'scher Krankheit. (Aus der Königsberger chirurgischen Klinik [Prof. Garrè].)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

Der 48jährige Pat., welcher von jeher an Auftreibung des Leibes und Verstopfung, im Jahre 1904 an Volvulus (Laparotomie in Rußland) gelitten hatte, bekam seit letzterer Erkrankung wiederholt schwere Anfälle von hartnäckiger Verstopfung mit Erbrechen, Meteorismus und mußte deshalb im Juni 1905 in die Königsberger chirurgische Klinik aufgenommen werden. Bei der Wiedereröffnung des Leibes fand sich die Flexura sigmoidea um 180° nach links gedreht, sehr verlängert und hochgradig dilatiert, konnte aber nach Durchtrennung einer bandartigen Verwachsung mit dem Mesosigmoideum zurückgedreht werden. Ihre Wand war 1 cm dick, die Flexur 90 cm lang. Fixation des Mesosigmoideum und der Flexur an der lateralen Bauchwand. Heilung; Verstopfung besteht fort (kongenitale Hirschsprung'sche Krankheit). **Kramer** (Glogau).

46) **Kirstein.** Ein Fall von subkutaner Mastdarmabreißung durch Überfahren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 586.)

Eine Beobachtung der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg, welche bereits von Bunge auf dem Chirurgenkongreß von 1904 kurz erwähnt worden ist (vgl. unser Blatt Beilage zu Nr. 27 1904 p. 54). Es handelt sich um einen 9jährigen Knaben, der von einem Rollwagen überfahren worden war, — wie?, war nicht näher feststellbar. Befund: Bläuliche Vorwölbung der Haut in der Blasengegend durch Hämatom, Druckempfindlichkeit der Sp. i. a. s., 4 cm weites Klaffen der Schoßfuge, After und Mastdarm sind völlig aus ihrer Umgebung getrennt und nach oben zurückgewichen. Damm bis zur Blase von Blut unterwühlt. Blase selbst, Harnröhre, Bauchfell, auch der Mastdarm in seiner Kontinuität unverletzt. In Narkose ein Bruch des rechten absteigenden Schambeinastes fühlbar. Die Behandlung bestand in Reinigung und Blutstillung der etwas erweiterten Wunde, Inzision des prävesikalen Blutergusses, Einnähen des Afters in den Damm, Drainage mit Rohr und Gaze, Bandagierung des Beckenringes. Die Heilung erfolgte im wesentlichen glatt. In der Narbe über der Schoßfuge bildete sich vorübergehend eine kleine Urin- und Gasblasen entleerende Fistel. Später ging hier auch ein kleiner Sequester ab. Der Gang wurde völlig normal, die Schlußfähigkeit des Afters versagte nur hier und da bei vollkommen flüssigen Stühlen.

Interessant und schwer deutbar ist der Mechanismus dieser Verletzung. Man muß eine erhebliche Zugwirkung auf den Mastdarm voraussetzen. »Das Rad des Wagens muß nach Ausweichen der Dünndarmschlingen den unbeweglichen Mastdarm gegen die Wirbelsäule gedrängt und gleichzeitig nach oben und seitlich rechts gezerrt und schließlich aus seiner Umgebung herausgerissen haben.« Er muß also tief in das Becken eingedrungen sein, was bei der Art der vorhandenen Beckenverletzung auch gut vorstellbar ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **K. Švehla.** Über neue Symptome bei Erkrankungen der Mastdarmschleimhaut, speziell über Fissuren mit koxitischen Symptomen.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 733.)

Erythem und Intertrigo um die Afteröffnung erzeugen bei Säuglingen und kleinen Kindern reflektorisch einen Krampf des Sphincter ani, Gas- und Kotstauung und durch diese kolikartige Schmerzen. Entleerung des Mastdarmes schafft sofort Erleichterung, Beseitigung des Übels resp. seiner Ursachen, dauernde Heilung.

Fissuren können die Symptome der Koxitis erzeugen. Den bereits früher publizierten Fällen (siehe dieses Zentralblatt 1902 p. 309) fügt Š. sechs neue Beobachtungen hinzu. In drei Fällen konstatierte er nur eine gesteigerte Empfindlichkeit der Mastdarmschleimhaut, keine Blutungen, und rasches Verschwinden der Schmerzen im Mastdarm und in einer Unterextremität und des Hinkens nach Einleitung der Therapie. Hier dürfte es sich nur um eine bloße Reizung der Mastdarmschleimhaut oder um mit freiem Auge nicht sichtbare Risse gehandelt haben. Im vierten Falle fanden sich vielfach oberflächliche Kontinuitätstrennungen der Schleimhaut und in den beiden letzten Fällen offenkundige Fissuren mit Blutungen. Hierzu kommt ein Fall mit Fissura ani mit koxitischen Symptomen bei einer erwachsenen Frau.

Bei Männern kann eine Fissur auch eine mit Gonorrhöe leicht zu verwechselnde Spermatorrhöe erzeugen, wenn der entzündliche Prozeß in der Mastdarmschleimhaut nach der Tiefe fortschreitet und auf die Prostata übergreift. Der Autor führt hierfür zwei Beispiele an, in denen der Ausfluß nach Heilung der Fissuren prompt verschwand. **G. Mühlstein** (Prag).

48) Thöle. Zwei operierte Fälle von Leberruptur. Zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Ösophagusrupturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 1.)

Die beiden Operationen betreffen Soldaten, von welchen der erste im Gliede marschierend infolge von Unaufmerksamkeit gegen die Deichsel eines ihm im Schritt entgegenkommenden Einspänners gestoßen war. Es folgten bewußtloses Umstürzen, später Verdacht auf innere Blutung erregende Erscheinungen, sowie Verkleinerung der Leberdämpfung. Im zweiten Falle fiel der Pat. von einem Wagen, dessen Pferde durchgingen, auf den Bauch und wurde von den Wagenrädern über den Rücken hin überfahren. Die sich einstellenden symptomatischen Erscheinungen waren ähnlich wie im ersten Falle. In beiden Fällen wurde rechtzeitig (3 Stunden bzw. 3½ Stunden nach der Verletzung) laparotomiert, und zwar mittels Medianschnittes, dem oben rechts noch ein Schrägschnitt entlang dem Rippenbogen hinzugefügt wurde (Langenbuch'scher Schnitt). Um die Leberrisse, die in beiden Fällen den linken Leberteil betrafen, gut zugänglich zu machen, wurde das Lig. teres dicht an der Leber durchtrennt, auch das Lig. suspensorium etwas eingekerbt — der obere Stumpf des Lig. teres gab dann eine gute Handhabe, um das Organ vorzuziehen. Die die ganze Leberdicke durchsetzenden Risse wurden mittels dicker Catgutfäden (Nr. 6) vernäht, wobei das Lebergewebe von unten nach oben mittels stumpfspitziger Öhrsonde bzw. Nadel durchstochen wurde. In Fall I wurden mehrere lose Lebertrümmer entfernt und in Fall II die noch stark bestehende Blutung mittels manualer Aortenkompression beherrscht. Entfernung des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes, Gazedrains auf die Risse, durch Lücken der Bauchnähte herausgeleitet. Pat. I genas, in den ersten Tagen häufig eintretendes Brechen schwand, nachdem ein Draingazestück, das wohl auf den Magen gedrückt hatte, entfernt worden. Auch Pat. II ließ sich zunächst gut an, doch folgte am Abend des zweiten Tages eine plötzliche Verschlechterung mit Schmerzen und hohem Fieber. Wegen Verdachtes auf Nachblutung Eröffnung des Medianschnittes, ohne daß man in der Bauchhöhle etwas Abnormes fand. Tod bald danach. Die Sektion ergab bereits gute Verklebung des Leberrisses. In der Vorderseite der Speiseröhre, dort, wo diese die Wirbelsäule kreuzt, ein 4 cm langer Schlitz. Um ihn herum war ein mediastinaler Jaucheherd entstanden, der in die linke Pleurahöhle perforiert war.

Symptomatisch ist für beide Fälle die einwandsfrei nachgewiesene Verkleinerung der Leberdämpfung hervorzuheben. Da freies Gas bzw. eine perforierende Verletzung von Magen oder Darm nicht vorhanden war, ist das Symptom lediglich auf lokalen Meteorismus des Kolon, der bei der Operation auch zu sehen war, zurückzuführen. Das verletzende Trauma bestand beide Male in relativ langsamen, aber in die Tiefe wirkenden und schweren Gewalten. In Fall I wurde dadurch der linke Leberlappen über seine Elastizitätsgrenze hinaus nach hinten umgebogen, während in Fall II auch eine direkte Quetschwirkung der Wagenräder gegen die Leber in Wirkung kam. Den Speiseröhrenriß glaubt T. nur durch Berstung infolge Einpressens von Mageninhalt durch das Überfahren erklären zu können.

Betreffs chirurgischer Versorgung der Leberrisse gibt T. der Naht den Vorzug vor der Tamponade. Sie ist stets sicherer, während die Tamponade häufig ihren Hauptzweck, die Blutstillung, nicht leisten kann, sondern nur die Wundflächen auseinander drängt. Dagegen sind Schußwunden und unregelmäßige Zertrümmerungsherde besser zu tamponieren.

Die Aortenkompression hat sich in Fall II gut bewährt. T. empfiehlt für dieselbe das Dahlgren'sche Instrument (vgl. dies Blatt 1903 Nr. 7).

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

49) Bilfinger. Ein Fall von primärem Sarkom der Leber.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1906. Jan. 27.)

8jähriger Pat. Seit längerer Zeit Schmerzen in der Lebergegend, Appetit- und Schlaflosigkeit, Abmagerung, hochgradige allgemeine Schwäche. Die Bauchgegend

unterhalb des rechten Rippenbogens erscheint in großer Ausdehnung vorgewölbt, und zwar nach dem Tastungsbefunde durch eine große Geschwulst von derber, teilweise praller Konsistenz mit glatter Oberfläche, die nach oben unter dem Rippenbogen verschwindet und fast die ganze rechte Bauchseite ausfüllt; unter der Mitte des rechten Rippenbogens eine kleinapfelgroße, kugelige, fluktuierende Hervorragung der Geschwulst. Diagnose: Echinokokkus hepatis unilocularis. Bei der Operation ergab sich, daß die Geschwulst an der Oberfläche gleichmäßig dunkelrot und glatt war, und daß weder durch Punktion noch bei 4 cm tiefem Eingehen mit dem Paquelin cystischer Inhalt entleert werden konnte. Vielmehr handelte es sich um sehr zerreißliches Geschwulstgewebe, dessen mikroskopische Untersuchung Rundzellensarkom mit reichlichem Bindegewebsstroma und angiomatösen Gefäßen ergab. Tamponade der Leberwunde, weiterer Verlauf unbekannt.

Es handelte sich wohl um ein primäres Lebersarkom, vielleicht aus einem ursprünglichen kavernösem Angiom der Leber entstanden. B. erörtert die diagnostischen Schwierigkeiten des Falles und gelangt zu dem Ergebnis, daß in diesem Falle ohne Probepunktion es überhaupt nicht möglich war, die Diagnose zu stellen.

Mohr (Bielefeld).

50) **B. G. A. Moynihan.** A case of simple stricture of the common bile duct treated by a plastic operation.

(Brit. med. journ. 1905. November 25.)

Bei einem 63jährigen Manne, der die typische Anamnese rezidivierender Choledochusverschlüsse durch Stein darbot, entfernte M. durch Choledochotomie sieben Steine aus dem gemeinsamen Gallengang und fand bei dieser Gelegenheit den Choledochus unterhalb der Steine sehr beträchtlich strikturiert, vermutlich durch Geschwürsnarben. Die Striktur wurde durch einen Längsschnitt gespalten und nach Freimachen des Duodenums nach Kocher mittels querer Vernähung dieses Längsschnittes beseitigt. Die Quernaht schloß die Choledochuswunde nicht völlig, sondern ließ noch genügend Raum zur Choledochus- und Hepaticusdrainage. Entfernung des Drains am 11. Tage. 4 Wochen lang floß sämtliche Galle aus der Wunde, allmähliche Rückkehr normaler Verhältnisse, Heilung nach 9 Wochen. — Zwei Fälle von Körte und Kehr werden erwähnt, in denen die Striktur reseziert wurde. M.'s Fall ist der erste, in dem eine plastische Erweiterung der Striktur versucht wurde. (Ob nicht die einfache Längsinzision der Striktur genügt hätte mit Choledochus- und Hepaticusdrainage? Ref.) **Weber** (Dresden).

51) **Tomaschny.** Über ein ungewöhnliches Symptom bei tödlich verlaufener akuter Hämorrhagie des Pankreas.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 50.)

Außer den sonstigen Symptomen einer akuten Hämorrhagie des Pankreas bestanden bei der fettleibigen 66jährigen Frau heftige Krampfanfälle, mit denen die Krankheit eingeleitet wurde; andere Ursachen waren durch die Sektion nicht nachzuweisen. Verf. nimmt an, daß die Anfälle entweder durch Reizung des Plexus solaris oder durch Wirkung toxischer Substanzen als Folge der Pankreaserkrankung zustande gekommen seien. **Kramer** (Glogau).

52) **F. Honigmann.** Zur Kenntnis der traumatischen Pankreascysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 19.)

Ein eigener von H. beobachteter und glücklich operierter Fall betrifft einen 19jährigen Mann, der einen Pferdehufschlag auf die linke Oberbauchgegend erhalten hatte. Nachdem die ersten schweren Chokerscheinungen überwunden, bestanden noch einige Tage Leibschmerzen, Erbrechen und Anschwellung des Leibes. Ferner Druckemfindlichkeit der linken Nierengegend, Schwellung der linken Lende, zeitweise in die Eichel ausstrahlend, Eiweißnachweis im Urin am 3. Tage. Allmähliche Besserung unter vorsichtiger Behandlung, bis nach etwa 1 Woche Pat. ohne Erlaubnis das Bett verläßt. Es folgt neuerlicher Kollaps nebst heftigen

Schmerzanfällen, und ca. 3 Wochen nach der Verletzung findet sich unter dem linken Rippenbogen nach hinten ziehend eine kopfgroße fluktuierende Geschwulst, nachweislich hinter Magen und Kolon gelegen, welche bei einer Probepunktion Flüssigkeit mit den Eigenschaften lackfarbenen Blutes ergibt. In den folgenden Wochen langsames Weiterwachsen der Geschwulst bei starker Abmagerung und häufigen kolikartigen Schmerzanfällen, welche sich durch Nahrungsaufnahme bessern lassen, sowie starker Verstopfung. Bei der ca. 55 Tage nach dem Unfall ausgeführten Operation wird die Geschwulst von hinten her mittels Lendenschnitt vorgenommen. Man kommt auf die in eine starre bindegewebige Schwarte verwandelte Nierenfettkapsel, findet die Niere aber gesund. Zur Freilegung der Geschwulst muß der Schnitt fast bis zum äußeren Rectusrande verlängert und das Bauchfell zurückgeschoben werden. Ein handtellergroßer Bezirk der Geschwulst ist entblößt, und eine starke über ihn hinziehende Vene wird nach Unterbindung durchschnitten. Dann erst Punktion und Entleerung von ca. 1 Liter weißlich grauer geruchloser Flüssigkeit. Danach Inzision der Cystenwand, welche, 1 cm dick, aus derbem faserigem Bindegewebe besteht. Im Innern stellenweise unregelmäßige Hervorragungen fühlbar, beim Austupfen Entleerung einer Menge gelbgrauer, zum Teil schwärzlich pigmentierter, bis haselnußgroßer Gewebsklumpen. Gegen Ende der Operation erfolgte ein Einriß des abgeschobenen Bauchfelles an der Umschlagsstelle, der genäht wurde. Gazetampon und Drain, Wundnaht bis auf die Drainstelle. Die Heilung wurde 6 Tage nach der Operation durch heftigen Tenesmus und starke Trübung des Urins gestört — vermutlich hatte sich eine Kommunikation zwischen Cystenhöhle und Harnwegen gebildet und kam es zu einer Andauung des Nierenbeckes; doch gingen diese Zwischenfälle bald vorüber. Die Wunde heilte im wesentlichen primär, und die Drainfistel schloß sich nach wenigen Wochen. Endresultat: Völlige Genesung und Arbeitsfähigkeit. In dem Cysteninhalte wurden chemisch-physiologisch die drei Pankreasfermente exakt nachgewiesen, in mikroskopischen Präparaten eines zu Untersuchungszwecken exzidierten Cystenwandstückchens fanden sich eingeschlossen in Bindegewebe Depots von als Pankreasepithelien rekognoszierbaren Zellen, teils gut erhalten, teils verändert (s. Abbildungen). Von Interesse ist auch, daß in der ersten Zeit nach der Operation eine beobachtete abnorm reichliche Fettbeimengung zu den Stuhlgängen und die Massenhaftigkeit ihres Volumens auf funktionelle Pankreasstörungen hinwiesen. Der Fall wird so zu deuten sein, daß zunächst ein starker Bluterguß mit Pankreasverletzung vorlag. Einfließendes Pankreassekret führte sodann zur Veränderung der Blutmassen, zur Bildung des bindegewebigen Balges und weiterer Ansammlung von Flüssigkeit.

In dem der eigenen Beobachtung hinzugefügten zweiten Teile der Arbeit gibt H. eine Allgemeinbesprechung der traumatischen Pankreascysten, von denen er im ganzen 69 Fälle sammeln konnte. Wir begnügen uns, auf diese gründliche Erörterung des Gegenstandes lobend hinzuweisen, nur das sei kurz erwähnt, daß von diesen sämtlich chirurgisch behandelten Pat. sieben gestorben sind. Die Normalbehandlungsmethode ist die »Einnähung« der Cyste, die mit ganz wenigen Ausnahmen von einem Bauch- (nicht Lumbal-) schnitt vorgenommen ist. Die zweimal gemachte Totalexstirpation hat sich als zu schwierig herausgestellt. Die Prognose ist im ganzen ziemlich günstig. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 69 Arbeiten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

53) R. Leriche. Kyste de l'arrière-cavité des épiploons simulant un kyste de pancréas.

(Arch. génér. de méd. 1905.)

Da Potherat und Hartmann kürzlich über Cysten berichtet hatten, die ihrem Sitze nach vom Pankreas auszugehen schienen, in Wirklichkeit aber als lymphatischen oder peritonealen Ursprungs sich erwiesen, so teilt L. auch eine einschlägige Beobachtung mit. Eine 32jährige Frau, tuberkulös belastet, die vor 10 Jahren Bluterbrechen aus Magengeschwür gehabt hatte, dann aber gesund gewesen war, bekam vor 3 Jahren links im Leib eine ständig wachsende Geschwulst,

ohne im Anfang irgendwelche Störungen davon zu haben. Bei der Operation wurde eine 5—6 Liter zitronenfarbiger Flüssigkeit enthaltende Cyste gefunden, die sich zwischen den beiden Blättern des Mesocolon transversum entwickelt hatte und unter dem Kolon vorgekommen war. Die in die Cyste eingeführte Hand fühlte die Milz und die Vorderfläche des Pankreas. Eine Stielung gegen das Pankreas hin bestand nicht. Trotzdem wurde eine Pankreascyste angenommen und die Cyste nach entsprechender Resektion der Wandung eingenäht. Nach reichlich 2 Monaten bestand nur noch eine unbedeutende Fistel.

Die Untersuchung der Wandung ergab im allgemeinen einen fibrösen, lamellösen Aufbau ohne Endothel im Innern und im fibrösen Gewebe Bündel von glatten Muskelfasern. Da auch die Untersuchung der Flüssigkeit keine spezifischen Elemente ergab, so wurde die Annahme einer Pankreascyste fallen gelassen, und vielmehr Dilatation eines großen lymphatischen Gefäßes angenommen.

E. Moser (Zittau).

54) **J. Petřivalský.** Mesenterialcyste.

(Časopis lékařů českých 1905. p. 450.)

Die Cyste täuschte bei dem 20jährigen Manne, der außer einer leichten Indigestion und Durchfällen in den letzten 6 Wochen keinerlei Beschwerden hatte, fünf Geschwülste vor, von denen vier miteinander zusammenhingen und fast die ganze Bauchhöhle ausfüllten, während die fünfte im rechten Hypochondrium lag und das Zwerchfell empordrängte. Sonst bestanden weder subjektive noch objektive Symptome. Bei der Operation fand man im Mesenterium des Dünndarmes eine ungeheure S-förmige Cyste von 1 m Länge und 20—30 cm Umfang, die im kleinen Becken rechts vom Colon pelvinum, begann und rechts von der Wirbelsäule dicht unter dem Zwerchfell endete. Die Wand war 1—$1^1/_2$ mm dick, glatt. Den Inhalt bildete eine bräunliche, undurchsichtige Flüssigkeit, die in 1000 ccm 53,21 g feste Substanzen, 5,28 g Salze und 0,6 g Fette enthielt. Nach Lage und Inhalt der Geschwulst handelte es sich um eine Retentionscyste eines Teiles des Ductus chylosus intestinalis, eines Ductus iliacus und eines Teiles des Ductus lumbalis. Da die Exstirpation sehr schwierig war, wurde nur der untere Teil exstirpiert und der proximale Teil drainiert. Es trat Heilung ein.

G. Mühlstein (Prag).

55) **W. Jepson.** Dermoid cysts of intestine and mesentery.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. Nr. 4.)

Es handelt sich um eine Dermoidcyste im unteren Ileum, ca. 4 cm oberhalb der Valv. Bauhini. Die ca. 20 cm im Umfange messende Cyste war von Bauchfell und einem Teile der Darmmuskulatur umgeben. Der genaue histologisch-entwicklungsgeschichtliche Bericht eignet sich nicht fürs Referat.

Heile (Wiesbaden).

56) **H. Adler** (München). Über Mesenterialcysten.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

In dem mitgeteilten Falle hatte sich bei der 48jährigen Frau die mannskopfgroße Cyste, welche mit dem Darme verwachsen war und ein multilokuläres, mit mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidetes Kystom darstellte, von dem Dünndarmgekröse aus entwickelt und wurde für eine Eierstocksgeschwulst gehalten. Heilung nach Exstirpation.

Kramer (Glogau).

57) **J. Hahn** (Mainz). Eine weitere diagnostisch interessante Mesenterialcyste.

(Münchener med. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Die Cyste reichte bei der 26jährigen Frau an die um ihre quere Achse leicht gedrehte Leber heran und verursachte heftige kolikartige Schmerzen, so daß ein Empyem der Gallenblase vorhanden zu sein schien. Eine Exstirpation war wegen

sehr starker Verwachsungen der morschen Wand nicht möglich; Einnähung des bis hinter den Magen reichenden Sackes in die Bauchwunde und Drainage (Inhalt der Cyste dünnflüssig, schokoladefarben). Im Heilungsverlaufe traten wiederholt schwere Koliken auf, die erst allmählich sich verminderten und schließlich ganz aufhörten. Heilung. **Kramer** (Glogau).

58) **J. Murphy.** Fibroma of the gastrohepatic omentum in the lesser peritoneal cavity.

(Surgery, gynecology and obstetrics 1905. Nr. 4.)

Verf. berichtet ausführlich über ein der hinteren Magenwand anliegendes, sehr großes Fibromyom des kleinen Netzes, das den Kranken nur beunruhigt hatte, weil er es deutlich durch die Bauchdecken durchfühlte. Verf. hat in der Literatur nur einen einzigen ähnlichen Fall gefunden. Besonders eingehend behandelt ist die klinische Diagnosenstellung, die aus der starken Verdrängung der Eingeweide ins Becken gemacht wurde. Exstirpation ohne Eröffnung des Magen-Darmkanales.

Heile (Wiesbaden).

59) **C. Sultan.** Zur Technik der Osteoplastik am Schädel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 391.)

Verf. weist kurz auf das, obschon vor 20 Jahren angegebene, doch noch zu wenig geübte Verfahren hin, Defekte des Schädels mittels eines gestielten Periostknochenlappens zu decken. Das Verfahren hat sich S. bei einer in der Leipziger Klinik behandelten schweren Kopfverletzung bestens bewährt. Es handelte sich um einen komplizierten Schädelbruch des Hinterkopfes, nach dessen primärer Versorgung (Extraktion der deprimierten Bruchstücke) eine über 5markstückgroße Lücke zurückblieb. S. bildete einen gestielten Periostknochenlappen, der nur die Tabula ext. in 1—2 mm Dicke enthielt, mehrfach einbrach, aber seinen Zusammenhang mit dem Periost völlig behielt. Fixierung des Lappens mit Catgutnähten in den Defekt, darüber vollständige Hautnaht. Glatte Heilung und 3 Jahre später vollkommener knöcherner Schädelschluß an der früheren Defektstelle nachweisbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

60) **Elena Manicatide und P. Galaschescu.** Echinokokkencyste der Leber und rechten Lungenspitze.

(Spitalul 1905. Nr. 7.)

Der Fall bot insofern besonderes Interesse dar, als sich zwei relativ seltene Lokalisationen des Echinokokkus, in der Leber und der Lunge, an ein und demselben Individuum vereinigt vorfanden. Es handelte sich um ein $12^1/_2$jähriges, seit etwa $1^1/_2$ Jahren erkranktes Mädchen. Zuerst zeigte sich eine Geschwulst im rechten Hypochondrium, sowie auch Gefühl von Schwere und Schmerzhaftigkeit in dieser Gegend. Nach etwa einem Jahre begann trockener Husten und zeitweilig Expektorierung von etwas schaumigem Blute. Gelegentlich wurde auch ein 3 cm langes, gelbliches, dünnes Häutchen ausgehustet.

Es bestand allgemeine Schwäche und große Blässe; kein Fieber. Puls 120.

Die Untersuchung der Brust zeigte die rechte Unterschlüsselbeingrube etwas vorgewölbt; sowohl vorn bis unter die Brustwarze, als auch rückwärts bis zur Spitze des Schulterblattes gedämpfter Perkussionsschall und bronchiales Atmen, im übrigen normale Lungenverhältnisse.

Die Punktion beider Tumoren ergab eine klare Flüssigkeit, in welcher Scolices gefunden wurden. Die Operation konnte wegen Weigerns der Familie nicht ausgeführt werden. **E. Toff** (Braila).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. **Sonnabend, den 24. März.** **1906.**

Inhalt: Deutscher Chirurgenkongreß.
C. Deutschländer, Die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie. (Original-Mitteilung.)
1) **Davidson,** Röntgenstrahlen zur Diagnostik. — 2) **Edwards,** Ausschälung der Prostata. — 3) **Vogel,** 4) **Casper,** Diagnostik der Nierenkrankheiten. — 5) **Colombino,** 6) **Curtis** und **Carlier,** Nierentuberkulose. — 7) **Simmonds,** Samenblasentuberkulose. — 8) **Schlesinger,** Sensibilitätsstörungen bei Ischämie. — 9) **Hildebrand,** Der Bluterguß bei der Heilung der Knochenbrüche. — 10) **Riedinger,** Schlottergelenke. — 11) **Calot,** Angeborene Hüftverrenkung. — 12) **Ewald,** Schenkelhalsbruch. — 13) **Zahradnicky,** Luxation der Semilunarknorpel des Knies. — 14) **Ewald,** Angeborene Kniescheibenverrenkung. — 15) **Lanz,** Abrißfraktur des Fortsatzes der oberen Schienbeinepiphyse. — 16) **Vorschütz,** Verstauchung des Fußgelenkes. — 17) **Lilienfeld,** Brüche der Tub. ossis metatarsi V und des Proc. post. tali.
18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 19) **Sick,** Idiopathischer Priapismus. — 20) **Alevoli,** Obere Penisfistel. — 21) **Preindlsberger,** 22) **Fiori,** 23) **Hamman,** 24) **Losio,** Prostatahypertrophie. — 25) **Guiteras,** Blasenektopie. — 26) **Fioravanti** und **Pellegrini,** Thrombose der V. cava asc. bei Nierengeschwulst. — 27) **Hofmann,** Extensionsverband. — 28) **Fehres,** Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie. — 29) **Tschmarke,** Doppelseitige Hüftverrenkung. — Berichtigung.

XXXV. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie.

Von
Dr. C. **Deutschländer** in Hamburg.

Bier schließt die zweite Auflage seines bekannten Werkes über »Hyperämie als Heilmittel« mit den Worten: Ich glaube, daß die

praktische Anwendung der Hyperämie die allgemeinste und umfassendste Heilmethode darstellt, die es gibt, und ich habe die Überzeugung, daß ein Mittel, dessen sich die Natur in so überreichem Maße zur Beseitigung aller möglichen Schädigungen bedient, eine noch viel ausgedehntere Verwendung gestattet. Eine Bestätigung dieses Satzes bringen die folgenden Mitteilungen über Erfahrungen bezüglich der Hyperämiebehandlung bei Knochenbrüchen.

Den äußeren Anlaß zur Prüfung des Heilverfahrens nach dieser Richtung hin gab mir ein Fall von infantiler Osteomalakie: Es handelte sich um ein zwergenhaftes, blasses, anämisches Mädchen von 10 Jahren, das in seinem äußeren Habitus den Eindruck eines zweijährigen Kindes machte; die Körperlänge betrug 77 cm. Die Röntgenuntersuchung ergab unter anderem typisches, kartenherzförmiges Becken und schwere osteomalakische Deformitäten beider Ober- und Unterschenkel, deren Beseitigung notwendig war, um dem Mädchen ein selbständiges Gehvermögen zu verschaffen; das Femur beschrieb beiderseits einen richtigen Halbkreis. Da es sich um eine Osteomalakie handelte, so legte ich mir zunächst die Frage vor, ob es überhaupt bei dieser Erkrankung angebracht sei, die zur Beseitigung der Deformitäten notwendigen Frakturen zu erzeugen. Klinisch ließ sich annehmen, daß der Prozeß in der Abheilung begriffen war, da das Kind, nachdem es jahrelang bettlägerig gewesen war, seit einigen Wochen anfing, an zwei Krücken vorsichtige Gehversuche zu machen. Ich entschloß mich daher, zunächst die beiden Oberschenkel und in einer zweiten Sitzung die beiden Unterschenkel zu osteotomieren, und gleichzeitig nahm ich mir vor, zur Erhöhung der Callusproduktion die Stauungshyperämie anzuwenden. Acht Tage nach der Operation wurde, nachdem durch Fenstern des Gipsverbandes genügend Raum geschaffen worden war, die Stauungsbinde angelegt und vor- und nachmittags je drei bis vier Stunden liegen gelassen. Sechs Wochen nach der Operation erwiesen sich die Oberschenkel sowohl klinisch als auch nach der Röntgenphotographie vollkommen gut konsoldiert. In gleicher Weise wurde auch nach der Osteotomie der beiden Tibien verfahren, und auch hier zeigte sich unter Anwendung der Stauungshyperämie eine überraschend gute und schnelle Verknöcherung der Frakturstellen.

Die Beobachtungen an diesem Falle, den ich nur ganz kursorisch und mit skizzenhafter Erwähnung der Hauptmomente wiedergeben kann, veranlaßten mich, die Stauungshyperämie weiterhin bei Frakturen in Anwendung zu ziehen. Ich habe zurzeit 10 Fälle in dieser Weise behandelt, und zwar handelte es sich einmal um eine Epiphysenfraktur im Ellbogengelenke mit schwerer Dislokation, einmal um einen subtrochanteren Schrägbruch des Oberschenkels, zweimal um Diaphysenbrüche des Oberschenkels in der Mitte, einmal um einen suprakondylären Querbruch des Oberschenkels dicht über dem Knie, viermal um Frakturen der Tibia im unteren Drittel und einmal um eine Malleolenfraktur. In sämtlichen Fällen trat eine vollständige Wiederherstellung der Funktion ein, und zwar in einem weit kürzeren Zeitraum, als man es sonst bei ähnlichen Bruchformen beobachtet. — In einem Falle, der Ellbogenfraktur bei einem achtjährigen Knaben — es handelte sich dabei um dieselbe Bruchform, von der Schrecker vor kurzem einen Fall aus der Bardenheuer'schen Abteilung veröffentlichte (Münch. med. Wochenschrift 1906 Nr. 3) — blieb eine geringe Varusstellung im Ellenbogengelenk und ein unbedeutender Defekt in

der Streckung von ca. 10 Grad zurück; die funktionelle Leistungsfähigkeit ist indessen in keiner Weise beeinträchtigt.

Die Verhältnisse lagen in diesem Falle ganz besonders ungünstig. Es bestand eine schwere Dislokation; die Humerusdiaphyse war stark radialwärts verschoben; die korrespondierende Gelenkfläche des Radius am Humerus (Eminentia capitata humeri) saß dort, wo sich unter normalen Verhältnissen die Trochlea befindet; die Trochlea stand außer jedem Kontakt mit der Humerusepiphyse und sprang scharf nach der ulnaren Seite hin vor. Ein zweimaliger Versuch, von denen der erste von anderer Seite, der zweite von mir gemacht wurde, die Fraktur unblutig in Narkose zu reponieren, mißlang. Ich entschloß mich daher am 18. November 1905 zur blutigen Reposition, welche sich ohne Besonderheiten vollzog. Nach primärer Heilung der Operationswunde wurde am 27. November 1905 mit der Stauungsbehandlung begonnen und gleichzeitig die funktionelle Bewegungsbehandlung — ohne jeden fixierenden Verband — durchgeführt. Am 20. Dezember 1905, also nach 3½wöchiger Behandlung, konnte das oben erwähnte Resultat festgestellt werden, das sich auch als Dauerresultat bewährt hat, wie eine vor kurzem erfolgte Nachuntersuchung zeigte: gute, knöcherne Konsolidation, vollkommene Beweglichkeit im Ellbogengelenk bis auf einen unbedeutenden Streckdefekt von knapp 10 Grad und leichte, die Funktion jedoch nicht beeinflussende Deviation in Varusstellung.

Ich habe die Stauungshyperämie bei Frakturen durchschnittlich täglich 6—8 Stunden mit einer kurzen Unterbrechung in der Mittagspause zur Anwendung gebracht, also etwas länger als bei der Tuberkulosestauung und kürzer als bei der Stauungsbehandlung akut entzündlicher Prozesse. Im Anfang empfiehlt sich eine kürzere und häufiger intermittierende Stauung. Behindern Gipsverbände die Anlegung der Stauungsbinde, so läßt sich für dieselbe durch Fenstern des Verbandes oberhalb der Fraktur leicht genügend Raum schaffen, und ich habe auch ohne Bedenken während der Staubehandlung bei Frakturen der unteren Extremität die Gehbehandlung durchgeführt. Den Verlauf des Heilungsprozesses habe ich regelmäßig unter dem Röntgenschirm verfolgt, und in einer Reihe von Fällen habe ich die einzelnen Entwicklungsphasen durch Röntgenaufnahmen in 8—10tägigen Zwischenräumen fixiert.

Die Vorzüge der Hyperämiebehandlung bei Frakturen lassen sich nach meinen bisherigen Erfahrungen dahin präzisieren, daß es sich hierbei um ein außerordentlich einfaches, leicht anwendbares Mittel handelt, welches den gesamten Frakturheilungsprozeß wesentlich abkürzt. Die Callusbildung erfährt eine auffallende Beschleunigung; dadurch, daß durch die Stauungshyperämie die Schmerzhaftigkeit herabgesetzt wird, lassen sich funktionelle Bewegungen weit ausgiebiger gestalten, als man sonst in der Lage ist; beides trägt naturgemäß wesentlich zur Erzielung eines raschen und guten funktionellen Endresultates bei. Ferner möchte ich noch auf das Ausbleiben atrophischer Prozesse hinweisen, die bisher in keinem Falle festgestellt werden konnten.

Die Wirkungen der Hyperämiebehandlung decken sich also auch hier vollkommen mit den bereits gemachten Erfahrungen. Daß Stauungshyperämie einen kräftigen Einfluß auf die Knochenbildung aus-

übt, wissen wir aus den bekannten Beobachtungen Dumreicher's und Helferich's über Pseudarthrosenheilung und aus den Untersuchungen Helferich's über Vermehrung des Epiphysenwachstums. Es erscheint auch durchaus logisch, daß ein Mittel, welches sich, wie die Erfahrungen Blecher's zeigen, in der Behandlung von ausgebildeten Gelenkversteifungen praktisch bewährt hat, in prophylaktischer Beziehung ebenfalls verwertbar ist. Nicht so einfach scheint dagegen die Erklärung der Wirkungsweise der Hyperämie in dem ersten Stadium der Frakturheilung zu sein. In diesem Stadium, wo massenhafte, dem Gewebstode verfallene Zellen an der Verletzungsstelle liegen, und wo eine schwere Behinderung der Zirkulation besteht, erscheint es zunächst widersinnig, die Stauung anzuwenden, die naturgemäß die bestehende Zirkulationsstörung noch erhöht. Gleichwohl besitzt auch hier die Stauungshyperämie ihre gute Berechtigung. Von den mannigfachen Wirkungen der Hyperämie kommt hier einerseits die auflösende Kraft derselben in Betracht, die die Verflüssigung des Gewebsdetritus beschleunigt und so denselben zur Resorption geeigneter macht, und andererseits muß auf den resorptionsbefördernden Einfluß der Hyperämie hingewiesen werden. Wenn auch während der Stauungshyperämie selbst die Resorptionsvorgänge zunächst verlangsamt sind, so tritt jedoch, wie dies aus den Untersuchungen von Wölfler, Ritter, Klapp u.a. hervorgeht, nach Unterbrechung der Stauung sehr rasch ein Stadium der gesteigerten Resorption ein, wodurch die Aufsaugung der überflüssig gewordenen Gewebsmassen vom Orte der Fraktur außerordentlich begünstigt wird. So erweist sich auch in diesem Stadium die Stauungshyperämie als ein die physiologischen Vorgänge steigerndes Moment.

Es ist im Grunde genommen auffallend, daß man bei dem regen Interesse, das man jetzt allerseits den Bier'schen Ideen entgegenbringt, ein so wohlfundiertes Heilmittel nicht schon früher in der Frakturbehandlung nachgeprüft hat, um so mehr, als Bier bereits selbst über eine Reihe günstiger Erfahrungen berichtete, die er mit der aktiven Hyperämiesierung mittels Heißluftapparaten bei Frakturen gemacht hat. Eine Erklärung hierfür liefert nur der Umstand, daß die allgemein üblichen Frakturbehandlungsmethoden eine direkte Beeinflussung des Frakturheilungsprozesses vernachlässigen. Einen Wandel hierin haben die modernen Bestrebungen gebracht, die dahin gehen, die Knochenbrüche sofort mit Massage und Bewegungen zu behandeln. Wie ich an anderer Stelle ausführte[1], liegt aber hierbei der Schwerpunkt nicht in der Massage, sondern in der Hauptsache in den funktionellen Bewegungen, die ja ein ganz spezifisches hyperämiesierendes Mittel sind, und es ist eigentlich nicht angebracht, hierbei von einer Massagebehandlung zu sprechen, sondern es handelt sich dabei, wie ich stets betone, um eine rein funktionelle Behandlungsweise. Übrigens ist auch

[1] Die funktionelle Behandlung der Knochenbrüche. Vortrag im ärztl. Verein in Hamburg am 4. April 1905.

die Massage im Grunde genommen nichts anderes als eine gelind wirkende Hyperämiesierungsmethode, und es liegt daher außerordentlich nahe, dieselbe durch die weit energischer wirkende Stauungshyperämie zu ersetzen.

Vielleicht tragen diese Zeilen dazu bei, die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie an einem umfangreicheren Materiale nachzuprüfen, als es mir zur Verfügung steht und weitere Erfahrungen zu sammeln.

---

1) **M. Davidson.** The diagnostic value of X-rays.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 20.)

Verf. betont die große Bedeutung stereoskopischer Aufnahmen und bringt an der Hand einiger gut gelungener Tafeln Berichte über sechs Fälle, in denen es gelang, Harnleitersteine röntgenographisch darzustellen und durch die Operation zu bestätigen. Auch die Steine der Harnwege verhalten sich nach dem Gesetz, daß die Undurchlässigkeit eines Stoffes für Röntgenstrahlen abhängig ist von der Höhe des Atomgewichtes: auf einer übersichtlichen Tafel vergleicht Verf. die Schatten der verschiedenen einfachen und zusammengesetzten Steine mit der Aufnahme einer Hand. Einmal gelang ihm der Nachweis zweier Prostatasteine und der eines vorher mit einer Wismutaufschwemmung gefüllten Divertikels der Speiseröhre, das alsdann erfolgreich operiert wurde. **Weber** (Dresden).

---

2) **S. Edwards.** Enucleation of the prostate.

(Med. press 1906. Januar 10.)

E. gibt ein Instrument »Prostatom« an, um die Ausschälung der hypertrophierten Prostata zu erleichtern. Dasselbe gleicht einem schmalen, geraden Raspatorium, an dessen Ende sich eine gerundete, wenig tief führende Schneide befindet.

Die Operation vollzieht sich in der Weise, daß die Blase nach Auswaschung und Füllung mit Borsäurelösung oberhalb der Symphyse eröffnet wird. Während nun die Flüssigkeit abläuft, wird der linke Zeigefinger in die Blase eingeführt und mit ihm die Prostata abgetastet. Darauf durchschneidet E. mit seinem Prostatom die Schleimhaut über der Prostata, führt den rechten Zeigefinger in die Blase, den linken Zeige- und Mittelfinger in den Mastdarm ein. Während er sich mit letzteren die Prostata entgegendrückt, streift er mit dem rechten Zeigefinger nach und nach die Schleimhaut von ihr ab, bis er die Drüse nach wenigen Minuten aus der Blase herausheben kann, nachdem vorher die Harnröhre dicht an der Prostata durchtrennt worden ist. Die Blase wird drainiert und mittels Katheters ausgespült.

Die Operation dauert einige Minuten und eignet sich besonders für Fälle, wo es sich um eine große, weiche und bewegliche Prostata handelt. Die Blutung ist gering.

Früher durchtrennte E. die Schleimhaut mit dem Fingernagel. Um die dadurch erzeugte Ermüdung des Fingers vor dem eigentlichen Ausschälen, besonders bei ausgedehnten Hypertrophien, zu vermeiden, hat er sein Prostatom angegeben. **E. Schmidt** (Leipzig).

---

3) **J. Vogel.** Die neueren Methoden in der Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 17.)

Der kurze geschichtliche Überblick über die Entwicklung der Nierendiagnostik schildert die Vorzüge und Schattenseiten der einzelnen Methoden und schließt zusammenfassend, daß das wichtigste Mittel nicht nur zur Lokalisierung des Krankheitsprozesses, sondern auch zur Erhaltung von Aufschlüssen über die Funktion des Organs der Harnleiterkatheterismus ist. Erst wenn der Harn jeder Niere getrennt aufgefangen ist, kommen in Betracht: die quantitative Bestimmung der Harnstoffausscheidung beider Nieren, die Kryoskopie und Phloridzinprobe. Daneben soll in jedem Falle die Kryoskopie des Blutes gemacht werden. Diese Proben sind einzeln unsicher und nur als Ergänzungsmethoden zu betrachten. Die Diagnose darf sich daher niemals auf das Ergebnis einer einzigen derselben stützen; nur wenn die Resultate von mehreren übereinstimmen, ist man berechtigt, sie für die Dieagnose zu verwerten. Unter Umständen können sie sogar alle im Stiche lassen; aber selbst dann gelingt es häufig genug, auf Grund einer sorgfältigen mikroskopischen, bakteriologischen und chemischen Untersuchung des Urins jeder Niere durch peinlich genaue Verwertung aller Hilfsmomente und durch eingehende Berücksichtigung des gesamten klinischen Bildes zu einer richtigen Diagnose zu gelangen.

Langemak (Erfurt).

---

4) **Casper.** Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Ureterenkatheterismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 18.)

Um die gegen die Zuverlässigkeit der nierendiagnostischen Methoden gemachten Einwände zu beseitigen, um der durch die Polyurie bedingten Unsicherheit zu entgehen und um den Unterschied zwischen den Funktionswerten der gesunden und kranken Niere auffallender zu gestalten, hat Verf. seine Methode verändert: Probefrühstück (50—100 ccm Milch, 2 Eier, 1 Weißbrod mit Butter). Zwei Stunden darauf beginnt die Untersuchung. Nachdem die Harnabsonderung aus den Harnleitern im Gang ist, werden 0,01 Phloridzin eingespritzt. Als erste Proben gelten die bis zum Auftreten der Glykosurie (meist ca. 15—20 Minuten) abgesonderten Mengen, die nächsten 10 g sind die zweiten Proben. Abgesehen von der mikroskopischen, bakteriologischen und Albumenuntersuchung wurden in den beiden Proben I spezifisches Gewicht, ausgeschiedene Harnstoffmenge und osmotische

Spannung, in den Proben II dieselben Werte und zudem die Zuckermengen bestimmt.

Bei dieser Art der Untersuchung wurde im Harn gesunder Nieren Zucker niemals vermißt. Sollte trotzdem einmal ein Fall vorkommen, in welchem begründeter Verdacht vorliegt, daß eine fehlende oder minimale Zuckerausscheidung mit den wahren Verhältnissen nicht in Einklang steht, so empfiehlt Verf., die Untersuchung bei Anwendung von 0,02 Phloridzin zu wiederholen. Tritt trotz der Flüssigkeitsenthaltung nervöse Polyurie auf, so geschieht die Untersuchung in Narkose; dann ist dieses störende Moment völlig ausgeschaltet.

Unter Anwendung des Harnleiterkatheterismus haben sich die Todesfälle auf 9,5% vermindert, die Nierentode auf 0,5% bei einer Zusammenstellung von 508 Nephrektomien. **Langemak** (Erfurt).

---

5) **S. Colombino.** Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose de l'appareil urinaire, cytologie urinaire.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1906. Nr. 2.)

Die Diagnose der Tuberkulose des Urogenitalapparates läßt in den Fällen noch sehr viel zu wünschen übrig, in denen charakteristische pathologisch-anatomische Veränderungen noch nicht nachweisbar sind. Die funktionellen Symptome lassen nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu. Man ist in solchen zweifelhaften Fällen auf den Nachweis des Koch'schen Bazillus und auf den Impfversuch angewiesen. Aber diese beiden diagnostischen Methoden haben nur dann Wert, wenn sie im positiven Sinne ausfallen. Verf. hat nun bei zahlreichen Untersuchungen des Harnsedimentes gefunden, daß in allen Fällen von Tuberkulose des Harnapparates die Leukocyten eine eigentümliche charakteristische Veränderung zeigen, die man bei einfacher mikroskopischer Untersuchung des zentrifugierten Sedimentes sicher nachweisen kann; Färbemethoden sind hierzu nicht nötig. Die Leukocyten sind im Stadium der Degeneration, und zwar liegt der Hauptpunkt dieser Degeneration in der Veränderung der Protoplasmakontur. Diese Veränderungen betreffen nicht nur die polynukleären Leukocyten, die die Hauptmasse des Sedimentes im tuberkulösen Urin ausmachen, sondern auch die mononukleären Zellen. Über die Ursache dieser Veränderungen vermag Verf. nichts Genaues zu sagen; jedenfalls sind sie unabhängig von der Konzentration des Urins, von seiner Reaktion, von seinem Gehalt an Chloraten, Phosphaten, Sulfaten, Harnstoff und Harnsäure. Entweder entstehen diese Veränderungen der Leukocyten im tuberkulösen Herde selbst oder sie werden veranlaßt durch eine eigentümliche toxische Wirkung des tuberkulösen Urins.

Paul Wagner (Leipzig).



6) **F. Curtis** und **V. Carlier.** Etude sur une forme particulière de tuberculose primitive du rein: le rein polykystique tuberculeux.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1906. Nr. 1.)

Auf Grund einer eingehend mitgeteilten Beobachtung kommen Verff. zu dem Schlusse, daß eine besondere Form der primären chirurgischen Nierentuberkulose existiert, die den Namen »polycystische Nierentuberkulose« verdient. Bisher hat man diese Bezeichnung auf alte kavernöse oder hydronephrotische Veränderungen angewendet, die im Verlauf einer Nierentuberkulose entstehen können; es handelt sich hier um pseudocystische Umbildungen, aber nicht um die Bildung wirklicher intrarenaler Cysten. Die echte polycystische Nierentuberkulose ist bisher noch nicht beschrieben worden; sie zeichnet sich klinisch durch sehr lange Dauer und chronischen Verlauf aus, anatomisch durch Hypertrophie der Niere und eine Unzahl von Cysten, die auf den ersten Blick eine angeborene cystöse Nierendegeneration vortäuscht. Histologisch beginnt der Prozeß mit bazillären Embolien und Tuberkulose der Rindensubstanz; daran schließt sich eine sekundäre Erkrankung der Pyramiden mit sklero-epithelialen und cystischen Umwandlungen. Der aszendierende Verlauf geht auf dem Lymphwege vor sich. Alle die Gewebsveränderungen sind direkt abhängig von der bazillären Invasion. Klinisch ist die polycystische Nierentuberkulose insofern wichtig, als nach der Freilegung des Organs der Verdacht auf eine angeborene cystöse Nierendegeneration unter Umständen den Operateur von einer Exstirpation des Organes abhalten könnte. In dem von den Verff. mitgeteilten Falle, der einen 27jährigen Mann betraf, wurde die erkrankte linke Niere mit gutem Erfolg auf lumbalem Wege entfernt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

7) **M. Simmonds.** Über Frühformen der Samenblasentuberkulose.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 92.)

Die in den gesunden Hoden tuberkulöser Individuen ausgeschiedenen oder aus tuberkulösen Herden des Nebenhodens stammenden Bazillen gelangen mit dem Sekretstrom in die Samenblasen, vermehren sich hier in dem zeitweise stagnierenden Inhalt und regen nach Ansicht des Verf. zunächst einen eitrigen Katarrh der Schleimhaut an, in dessen frühesten Stadien man nur eine Proliferation und Desquamation des Epithels bemerkt. Später treten dann Rundzelleninfiltrate im subepithelialen Gewebe auf, die allmählich unter gleichzeitiger Nekrose des Epithels mächtiger werden und den Übergang zu typischen Tuberkeln mit Riesenzellen bilden. Im weiteren Verlaufe kommt es zu ausgedehnter Verkäsung. Es geht also die tuberkulöse Erkrankung der Samenblasen von dem Inhalte des betreffenden Organs, nicht von seiner Wand aus. Die Anzahl der untersuchten Fälle beträgt 15.

Doering (Göttingen).



8) **H. Schlesinger.** Über Sensibilitätsstörungen bei akuter lokaler Ischämie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XXIX.)

S. war in der glücklichen Lage, in fünf Fällen plötzlichen Gefäßverschlusses an den unteren Extremitäten schon kürzeste Zeit nach dessen Eintritt genaue Untersuchungen anstellen zu können, denen er eine Bereicherung unserer Kenntnisse über die dabei einsetzenden Sensibilitätsstörungen verdankt. In allen Fällen, bei dreien derselben auch anatomisch sichergestellt, soll embolischer Verschluß vorgelegen haben. Unmittelbar nach dem vollständigen arteriellen Verschluß tritt vollständige sensible Lähmung aller Qualitäten ein, während die Kranken wütende spontane Schmerzen haben. Es besteht also eine Anästhesia bzw. Analgesia dolorosa. Verf. erklärt dies damit, daß die sensible Lähmung durch ischämische Schädigung der Nervenendigungen bedingt ist, während die heftigen Schmerzen auf Reizung der peripheren Nervenstämme zu beziehen sind. Dafür spricht, daß sich nach anatomischen Befunden die Verschlußstelle weit mehr proximal befindet als die Gangrän, wahrscheinlich also auch proximaler als die obere Grenze des sich mit der Gangrän ziemlich genau deckenden anästhetischen Bezirkes. Daß dieselben Nervenendigungen, welche auf periphere Reize nicht mehr reagieren, heftigen spontanen Erregungen ausgesetzt seien, sei unwahrscheinlich. Die Begrenzungslinien der Sensibilitätsstörung entsprachen nicht dem Ausbreitungsgebiete eines peripheren Nerven. Verf. folgert daraus die Notwendigkeit der Aufstellung eines neuen Typus von Sensibilitätsstörung, der ischämischen.

Geht die Zirkulationsstörung nach nicht allzu langer Zeit vorüber, so kann auch die sensible Lähmung wieder vollkommen schwinden; sonst bleibt sie unverändert. Die spontanen Schmerzen werden sehr allmählich schwächer.

Daraus, daß nur die komplette akute Ischämie die vollkommenen sensiblen Ausfallserscheinungen bedingt, kann in diagnostischer Beziehung Nutzen erwachsen, indem man bei Zeichen akuter Ischämie, aber Fehlen von Sensibilitätsstörungen, an eine länger bestehende Gefäßerkrankung mit akuter Steigerung der Symptome denken muß. Literaturverzeichnis.

Renner (Dresden).

---

9) **O. Hildebrand.** Die Heilung der Knochenbrüche und die Bedeutung des Blutergusses dabei.

(Medizinische Klinik 1906. Nr. 5.

Der Unterschied in der Heilung komplizierter und nicht komplizierter Knochenbrüche beruht nicht auf dem verschiedenen Verhalten des Blutergusses, sondern auf der geringeren oder erheblicheren Schwere der Verletzung. Insbesondere ist bei komplizierten Brüchen die Ernährung der knochenbildenden Teile, der Knochenhaut und des Markes, stärker und länger gestört. Durch Stauung kann die Gefäßneubildung beschleunigt werden. Die von Bier behauptete Fähigkeit des Periostes,

aus nicht zirkulierendem, gerinnendem Blut unmittelbar Zellnährstoffe zu entnehmen, ist nicht bewiesen. Diese Eigenschaft kommt beim Erwachsenen höchstens freien Gelenkkörpern zu. Auch eine knochenbildende Eigenschaft kann dem Blut allgemein nicht zugesprochen werden. Als Fremdkörper und durch seine Masse wirkt Blut zwischen den Bruchenden zwar als Reiz für die Knochenhaut, andererseits aber sind Blutergüsse, wie bei sonstigen Heilungsvorgängen, ein Hindernis für das Keimgewebe, welches der Vereinigung zustrebt. Weder die bisherige klinische Erfahrung, noch insbesondere die von Bier angeführten Fälle beweisen die Nützlichkeit des Blutergusses bei Pseudarthrosen. H. selbst sah bei einem Falle noch 5 Monate nach achtmaliger Bluteinspritzung Beweglichkeit der Knochen fortbestehen. Abgesehen von Konstitutionsabweichungen und gewissen Krankheiten, welche die Ernährung beeinflussen, ist eine mangelhafte Anpassung der Bruchstücke, nicht der Mangel an Bluterguß die häufigste Ursache der verzögerten Heilung und der Pseudarthrose. **G. Schmidt** (Berlin).

---

10) **J. Riedinger.** Über Schlottergelenke.

(Würzburger Abhandlungen Bd. VI. Hft. 3.)

Recht klar und zusammenfassend behandelt R. in der kleinen monographischen Arbeit das Krankheitsbild der Schlottergelenke. Er teilt sie analog den Kontraktoren nach ätiologischen Gesichtspunkten ein 1) in traumatische, 2) in solche, entstanden aus konstitutionellen, entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Gelenke, Muskeln und Nerven, und 3) in Schlottergelenke, infolge statischer Ursachen. Ferner unterscheidet er drei Stadien der Schlottergelenkbildung, 1) das der Dehnung, 2) der Erschlaffung, und 3) der Schlotterung. Die einzelnen ätiologischen Momente und Formen beschreibt er eingehend und würdigt diese Gelenkerkrankung besonders vom Standpunkt der Unfallgesetzgebung her. In Frage kommt hierbei besonders das sog. sekundäre traumatische Schlottergelenk, dessen Diagnose im ersten Stadium nicht leicht ist. Auf die zahlreichen Einzelheiten der sehr lesenswerten kleinen Arbeit, die nach einem Vortrag auf dem internationalen Kongreß für Unfallheilkunde zu Lüttich im Mai 1905 entstanden ist, kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Müller (Dresden).

---

11) **F. Calot.** Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche. 294 S., 206 Abbild. im Text und 5 Tafeln.

Paris, **Masson & Cie.**, 1905.

Die vorliegende, reich illustrierte und durch gute Anordnung des Stoffes sehr übersichtlich gehaltene Abhandlung ist keine Monographie, welche ein abschließendes Urteil über den gegenwärtigen Stand der modernen Therapie der angeborenen Hüftverrenkung gewinnen will,

sondern schildert als das Ergebnis einer 10jährigen zielbewußten Tätigkeit nur eigene Erfahrungen. Dieselben sind aber der Art, daß man sich eingehend mit ihnen zu befassen haben wird. Die Behandlungsmethode C.'s zeichnet sich aus durch glänzende Resultate und ist beachtenswert weniger wegen Neuheit des Einrenkungsverfahrens als wegen der exakten Vorschriften über Vor- und Nachbehandlung, sowie über die Anlegung der Verbände.

In den ersten Kapiteln schildert Verf. in ausführlichster Weise die Symptomatologie, Diagnose, Prognose des Leidens und den Gang der klinischen Untersuchung, ferner die therapeutische Indikation und die Schwierigkeiten, die sich der Einrenkung aus anatomischen Gründen entgegenstellen. Den Hauptinhalt des Buches bilden die bis ins kleinste sich erstreckenden Erörterungen über die Technik der Behandlung.

Ein großes Gewicht legt Verf. auf die permanente Extension vor der Einrenkung. Je nach dem Alter und der Ein- oder Doppelseitigkeit des Leidens extendiert er 10 Tage bis 6 Monate lang mit Gewichten von 6—20 kg. Die Extension soll so lange fortgesetzt werden, bis der Trochanter major in die Nélaton'sche Linie gerückt ist. Den sehr bedeutenden Einfluß der permanenten Extension hat schon Pravaz kennen gelernt, der, ohne daß ihm noch die Narkose zur Verfügung stand, wirkliche Einrenkungen hauptsächlich durch Anwendung dieses Hilfsmittels zustande brachte. C. war selbst in der Lage, eine von Pravaz geheilte Pat., die Großmutter einer seiner Pat., zu untersuchen.

Die vorhergehende permanente Extension kann in jedem Falle nur von Nutzen sein. Ist sie aus äußeren Gründen nicht durchführbar, so ist wenigstens eine forcierte Extension mit 60—80 kg einige Minuten lang vor der Einrenkung anzuwenden. Nur bei ganz kleinen Kindern braucht weder die permanente noch die forcierte Extension angewandt zu werden. In schwierigeren Fällen empfiehlt sich die Anwendung von permanenter und forcierter Extension.

Die Einrenkung selbst beginnt in der Narkose mit Bewegungen nach den verschiedensten Richtungen hin zu dem Zwecke, die retrahierten Weichteile noch nachgiebiger zu machen und dem Kopf noch mehr den Weg zur Pfanne zu ebnen, ferner mit den bekannten Manipulationen zur Erschlaffung der Adduktoren. Während nun Knie- und Hüftgelenk rechtwinklig gebeugt sind, faßt der Operateur mit beiden Händen den Oberschenkel und übt bei gleichzeitiger Fixation des Beckens durch einen Assistenten einen kräftigen Zug in der Längsrichtung des Oberschenkels aus. Unter fortdauerndem Zug wird der Oberschenkel nach außen umgelegt, abduziert ohne Rotation. Führt dieses Manöver nicht zum Ziel, so wird mit der einen Hand ein Zug auf den Oberschenkel, mit der anderen ein Druck auf den Trochanter major ausgeübt. Ein anderes Verfahren beruht darin, daß ein Assistent mit beiden Händen am Oberschenkel zieht und dabei von der Adduktion in die Abduktion übergeht, während der Operateur den Schenkelkopf

durch Druck auf den Trochanter in der Längsrichtung des Oberschenkels in die Pfanne zu leiten sucht.

Der Gipsverband wird am zweckmäßigsten in der Stellung angelegt, in welcher der Oberschenkel um 70° gebeugt und um 70° abduziert ist, während die Rotation 0° beträgt. Diese Stellung nennt C. Stellung der Wahl (position de choix). Verstärkte Abduktion (bis zu 90° und darüber hinaus) ist in den meisten Fällen deshalb unzweckmäßig, weil sie leicht zur Luxatio anterior führt. Nur bei mangelhafter Fixation des Kopfes in der Pfanne muß der Verband bei verstärkter Abduktion und Extension angelegt werden (position de nécessité). Der Kopf soll in der Pfanne möglichst zentral oder etwas nach vorn hin gerichtet stehen.

Der Verband muß gut dem Körper anmodelliert werden. Er wird über eine einfache Unterjacke ohne besondere Polsterung angelegt. Die Spina ant. sup. der gesunden Seite darf im Verband sich nicht verschieben können. Der Fuß wird in den Verband mit aufgenommen.

Der erste Verband kann 4—5 Monate liegen bleiben. Vorsichtshalber wird man ihn aber nach 10 Wochen abnehmen und einen neuen bei 35° Flexion und Abduktion anlegen. Nach 4—5 Monaten wird der Verband in Innenrotation, leichter Beugung und Abduktion des Oberschenkels so angelegt, daß, wenn das Kind auf dem Tisch liegt, das gebeugte Knie nach der Decke des Zimmers gerichtet ist. Dieser Verband bleibt etwa 4 Wochen liegen. Der letzte Verband umschließt etwa ebenso lange das gestreckte Kniegelenk bei noch mehr verringerter Abduktion. Verf. läßt die Kinder möglichst lange liegen, und zwar in einem leicht transportablen, innerhalb eines Rahmens angebrachten, flachen Bett. In der Regel sind die Kinder nach einem Jahre vollständig geheilt.

Innenrotation bei gleichzeitiger Traktion wendet Verf. nur an behufs Einrichtung der Reluxation nach vorn, und zwar derjenigen, bei welcher der Schenkelkopf nach vorn und außen vom Trochanter major gerichtet ist. Steht bei der Luxatio anterior der Kopf, vom Trochanter major aus gerechnet, vorn und innen, so verzichtet C. auf eine weitere Korrektion der Stellung wegen des zu erwartenden günstigen funktionellen Resultates. Selbst wenn der Kopf direkt vor dem Trochanter major steht, ist ein weiteres Verfahren überflüssig, wenn der Gang verhältnismäßig ein guter geworden ist. Andernfalls ist aber, wie bei der zuerst erwähnten Reluxation nach vorn, eine Korrektion durch Flexion von 60—80°, Rotation von 90° und darüber nach innen und Abduktion von 30—50° mit nachfolgender Fixation in dieser Stellung etwa 2 Monate lang notwendig. Die Korrektion erfolgt so, daß ein Assistent das Becken fixiert, ein zweiter Assistent das leicht gebeugte und abduzierte Bein etwas über dem Knie faßt und kurze Rotationsbewegungen nach innen ausführt, der Operateur andererseits den Trochanter mit seinen beiden Daumen von hinten, mit den Zeigefingern von vorn umfaßt und ohne starke Gewaltanwendung die Rotationsbewegungen verstärkt. Nur in sehr seltenen Fällen bleibt nach Abnahme

der Verbände die Innenrotation länger als einige Wochen oder Monate bestehen. Wenn aber keine Neigung zur Rückbildung derselben zu erkennen ist, trotzdem die Kinder schon Wochen oder Monate lang gelaufen sind, so schreitet C. zur Lösung der unteren Epiphyse des Oberschenkels. Ein Assistent fixiert den nach innen rotierten Oberschenkel dicht oberhalb der Epiphysenlinie, der Operateur umfaßt die Kondylen und rotiert kräftig nach außen, während ein zweiter Assistent das Bein gestreckt hält. In einem Falle hat C. auch die subkutane Osteotomie des Oberschenkels in der Gegend des Intermediärknorpels ausgeführt.

In jedem Kapitel sind die einzelnen Handgriffe, Hilfsmittel, Stellungen usw. aufs genaueste beschrieben. Sehr dankenswert sind die, allerdings vielfach nur schematischen Abbildungen, welche die Stellung des Oberschenkels zum Becken am Skelett während der einzelnen Phasen der Einrenkung veranschaulichen.

Bei einseitiger Verrenkung hält Verf. den Erfolg bis zum siebenten Lebensjahre für sicher. Bei Verrenkung nach hinten und Hochstand des Schenkelkopfes von 3 cm in diesem Alter soll die permanente Extension mittels eines Gewichtes von 10—15 kg einige Wochen lang dauern. Fast sicher ist der Erfolg im Alter von 7—12 Jahren bei scheinbarer Verkürzung von 4 cm. Die Extension erfordert hier ein Gewicht von 15—20 kg und eine Zeit von mindestens 2—3 Monaten. Außerdem ist eine temporäre, forcierte Extension mit Gewichten von 80—100 kg 10 Minuten lang vor der Einrenkung angezeigt. Die Aussichten bei einseitiger Verrenkung im Alter von 12—15 Jahren verhalten sich, wenn nur eine scheinbare Verkürzung von 4 cm vorliegt, wie 3 : 4. Die permanente Extension geschieht mit Gewichten von 18—20 kg 3 bis 4 Monate lang, die temporäre mit solchen von 80—100 kg. Bei stärkerer Verkürzung empfiehlt sich wenigstens noch ein Versuch, der zuweilen glückt. Ein Alter von mehr als 15 Jahren bietet wenig Aussicht mehr auf Erfolg. Nach Pravaz soll man 4—8 Monate lang kräftig extendieren.

Bei doppelseitiger Verrenkung vermindern sich die Aussichten durchschnittlich um 2 Jahre. Die Einrenkung soll beiderseits ziemlich gleichzeitig, aber nicht an einem Tage erfolgen, wenn die Kinder erschöpft sind.

Da bei vorausgegangener permanenter Extension die Einrenkung leichter ist, so werden auch Chok, Lähmungen, Frakturen usw. seltener beobachtet.

Was die Resultate betrifft, so darf man die heutigen nicht mehr mit denen vor 7 oder 8 Jahren vergleichen. C. teilt seine Fälle ein in fünf Gruppen. Unter den ersten Hundert finden sich 9, unter dem zweiten Hundert 53, unter dem dritten Hundert 97 und unter dem vierten Hundert volle 100 wahre anatomische Reduktionen. In der letzten Gruppe sind 43 größtenteils noch in Behandlung stehende Fälle verzeichnet. Zu diesen zählt die Reduktion einer Luxation bei einer 26 Jahre alten Frau. Das geeignetste Lebensalter ist das zwischen

dem zweiten und fünften Lebensjahre. Das jüngste Kind, das C. behandelte, war 13 Monate alt.

Blutig hat C. 3 Fälle reponiert, 1 Fall nach Senger und 2 nach eigener Methode. Letztere besteht in subkutaner Erweiterung der retrahierten Gelenkkapsel durch Zangen von einer kleinen Inzisionswunde lateral vom Gelenkkopf aus.

In der beigegebenen Kasuistik schildert C. einige klinische Fälle als Beispiele für jede Art der Verrenkung. Den Schluß des Werkes bildet die Schilderung palliativer, orthopädischer Maßregeln bei irreponiblen Verrenkungen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

12) **K. Ewald.** Über die Behandlung des Schenkelhalsbruches.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 40.)

Verf. steht auf dem Standpunkte, daß man auch bei alten Leuten großen Wert auf eine Idealheilung des Schenkelhalsbruches legen soll, und besonders bei den eingekeilten Fällen die Heilung in Coxa vara-Stellung mit Verkürzung und Abduktionshinderung verhüten muß. Er gibt einen Gipsverband mit starker Abduktionsstellung und erhöht die gesunde Seite durch eine hohe Sohle, die der Größe der scheinbaren Verkürzung entspricht. Nur bei sehr korpulenten Personen ist solcher Verband nicht durchführbar, und hier muß ein Streckverband gegeben werden.

Schmieden (Bonn).

---

13) **F. Zahradnicky.** Die Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenkes.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 6.)

In der Literatur finden sich bisher 43 sichere Fälle von Luxation der Zwischenscheiben des Kniegelenkes, die entweder durch die Präparate oder durch die Operation festgestellt sind (Bruns). Diesen Fällen fügt Verf. drei weitere Fälle aus der Literatur und eine eigene Beobachtung hinzu. Bei unbedeutenden Luxationen resp. Zerreißungen des Meniscus ist die partielle Exstirpation das Normalverfahren und gibt sehr günstige Resultate. Bei größeren Verletzungen muß die Totalexstirpation vorgenommen werden, die merkwürdigerweise nur eine leichte Genu valgum-Stellung, aber keinerlei Funktionsstörungen hinterläßt.

P. Wagner (Leipzig).

---

14) **P. Ewald.** Über kongenitale Luxation sowie angeborenen Defekt der Patella, kombiniert mit Pes varus congenitus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Verf. publiziert die Krankengeschichte zweier Geschwister, die neben sekundär entstandenen Klumpfüßen Anomalien der Kniescheibe zeigten. Das eine Kind hatte nämlich eine angeborene Verrenkung der einen Kniescheibe, während das andere einen Mangel dieser an beiden Beinen aufwies. Was zunächst die angeborene Verrenkung betrifft, so bestätigt vorliegender Fall die Ansicht Wiehmut's, daß eine solche

Anomalie meist erst Jahre nach der Geburt zur Beobachtung kommt, hauptsächlich weil sie wegen der Geringfügigkeit der Beschwerden lange nicht beobachtet wird, bis ein geringfügiges Trauma die Abnormität erst völlig zur Ausbildung bringt. Bezüglich der Verwirrung, die in betreff der Worte kongenitaler, habitueller und intermittierender Kniescheibenverrenkung herrscht, ist zu bemerken, daß kongenitale Luxationen in den meisten Fällen auch intermittierend sind, so daß kongenital und intermittierend keine Gegensätze darstellen. Dagegen lassen sich zwei deutlich abgegrenzte Krankheitsgruppen aufstellen, nämlich die nach der Geburt erworbene und die angeborene Verrenkung, deren Differenzpunkte im einzelnen genauer angeführt werden und von denen nur hier die bedeutende Funktionsstörung der erworbenen gegenüber der geringen oder fehlenden bei der angeborenen angeführt sei. Als Ätiologie für seinen Fall von Kniescheibenverrenkung nimmt Verf. intra-uterine mechanische Druckwirkung an.

Auch für seinen zweiten Fall von Pes varus und Mangel der Patella ist E. geneigt eine intra-uterine Raumbeengung als Entstehungsmoment anzunehmen. Dagegen kann er nicht bestimmt sagen, ob nicht vielleicht doch die Knorpelanlage für die Kniescheibe da ist, und ob nicht nur der Reiz zum weiteren Wachstum, das Reiben der Sehne auf den Facies patellares femoris gefehlt hat, weil die Beine im Fötalleben keine Möglichkeit hatten, sich zu beugen und zu strecken. Denn bei einem ähnlichen Falle hat Vulpius in den ersten beiden Jahren nach der Geburt keine Kniescheiben entdecken können, während er 5 Jahre danach, nachdem der Junge seine Beine nach verschiedentlicher chirurgischer und orthopädischer Behandlung gebrauchen konnte, normal geformte Kniescheiben fand, die allerdings wesentlich kleiner waren als es dem Alter entsprach. Dieselbe Beobachtung wurde auch von anderen Autoren gemacht, und es wurde von vielen zu gleicher Zeit konstatiert, daß in allen Fällen von Fehlen der Kniescheibe zugleich eine Fußdeformität bestand, sei es Pes varus, equinus oder valgus congenitus, weshalb man zu dem Schluß kam, daß die Entwicklung der Kniescheiben an die Unversehrtheit des Quadriceps gebunden ist. Übrigens sind Kniescheibendefekte bei Erwachsenen, die nach den vorstehenden Angaben kaum wahrscheinlich erscheinen, trotzdem einigemal, wenn auch selten, beobachtet und beschrieben worden, so von Wuth, Phocas, Potel, Brunner.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

15) **Lanz** (Amsterdam). Abrißfraktur des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 33.)

L. beschreibt mehrere interessante Fälle, in welchen bei Kindern im Alter von etwa 12 und 13 Jahren der schnabelförmige Fortsatz abbricht, der sich gerade in diesem Alter von der oberen Tibiaepiphyse aus nach vorn und unten, von einem isolierten Knochenkern ausgehend, entwickelt, noch ehe sich dieser Fortsatz durch Verknöcherung der

Epiphysenfuge zur Tuberositas tibiae entwickelt. Das veranlassende Trauma kann sehr gering sein, die Beschwerden jedoch erheblich und langwierig. Die Therapie hat in Fixation in gestreckter Stellung zu bestehen, nur selten wird operative Behandlung in Frage kommen.

Schmieden (Bonn).

---

16) **Vorschütz.** Die Diastase der Unterschenkelknochen bei Distorsionen des Fußgelenkes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 559.)

Die häufigste Ursache der Fußgelenksdistorsion ist das Umknicken des Fußes nach innen, eine Bewegung, bei welcher viel eher ein Übermaß eintritt, als bei dem Umknicken nach außen. Der Grund liegt darin, daß die erste Bewegung im Talo-Calcaneusgelenk erfolgt und dieses eine beträchtliche Bewegungsexkursion erlaubt, während die Auswärtsdrehung des Fußes im Talo-Cruralgelenk geschieht und hier viel eher auf eine Hemmung stößt. Die Drehbewegung der Talusrolle in der Malleolengabel bei stärkeren Distorsionen wirkt auf letztere auseinanderspreizend derart, daß das Tibia-Fibulagelenk unter Einreißen seiner Bänder gedehnt und gelockert wird, die Knöchelgabel sich ausweitet und langdauernde Gehbeschwerden zurückbleiben können. V. hat diese Verletzungen im Kölner Bürgerspital, woselbst im letzten Jahre elf Fälle zur Behandlung kamen, näher studiert. Die fragliche Knöcheldiastase ist, wie ein beigegebenes Röntgenbilderpaar zeigt, skiagraphisch leicht ersichtlich, läßt sich aber, wie V. nachweist, auch durch Messungen beweisen. Allerdings bedarf es hierbei eines sehr exakten Verfahrens, da schon Maßgrößen von wenigen Millimetern bedeutungsvoll sind, und da auch psysiologischerweise die Gliedbreite an den Knöcheln nicht gleich zu sein braucht, vielmehr häufig eine Körperseite größere Maße zeigt. Als Meßinstrument benutzte V. die gewöhnliche Schublehre der Schlosser, in welcher die zu messenden Füße fest und präzis eingestellt und das Maß genauestens bis auf halbe Millimeter bestimmt wird. Zur Bestimmung der normalen Verhältnisse wurden an 70 Männern und 20 Frauen, die gesunden Bau besaßen, die beiderseitigen Knöchelbreiten verglichen. Bei 50% der Männer und 40% der Frauen war die rechtsseitige Knöchelbreite größer, und zwar um 1—2$^1/_2$ mm bei den Männern, um 1—1$^1/_2$ mm bei den Frauen. Bei Linksern ist das Verhältnis umgekehrt; auch wenn aus irgendwelchen Gründen, insbesondere wegen der Berufsarbeit, das linke Bein mehr angestrengt wird, zeigt dieses das stärkere Maß. Die Seite, auf welcher die Knochen größeren Umfang zeigen, besitzt der Regel nach auch stärkere Muskelvolumina, also größere Umfangsmaße. Zur Deutung der Maßergebnisse nach Distorsionen sind diese Umstände mit zu berücksichtigen. An einer Extremität, die an sich als die schlechter entwickelte zu betrachten ist, bedeutet eine gleiche Knöchelbreite schon eine Knöcheldiastase, da unter normalen Verhältnissen hier eben ein kleineres Maß das richtige sein müßte.

Die Behandlung solcher schwereren Distorsionen darf sich im

wesentlichen von der von Knöchelbrüchen nicht unterscheiden und wird in Köln nach Bardenheuer'schen Prinzipien mittels permanenter Extension durchgeführt. Dabei werden die Heftpflasterschenkel der Zugschlinge ohne Auseinanderspreizung unterhalb des Fußes zusammengeschnallt, so daß sie durch Druck auf die Knöchel diese aneinanderbringen und die Blutergüsse komprimieren; auch wird der Fuß durch seitlich angebrachten Zug in Adduktion bezw. Supination gestellt. Bettruhe 3 Wochen lang, hinterher Massage, Heißluftapplikation, Gymnastik, namentlich aktives Heben der inneren Fußkante. Nur so sind gute Dauerresultate erreichbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

17) **Lilienfeld.** Die Brüche der Tuberositas ossis metatarsi V und des Processus posticus tali und ihre Beziehungen zum Os Vesalianum und Trigonum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Verf. hat unter 600 Knochenbrüchen in $4^1/_2$ Jahren 5mal einen Bruch der Tuberositas ossis metatarsi V behandelt. Die meisten sind beim Heruntersteigen von einer Treppe oder Leiter durch Verfehlen der letzten Stufe und Auffallen auf den supinierten Fuß entstanden. Die Bruchlinie ist nicht zackig, sondern eine glatte, leicht konkav verlaufende Linie, so daß häufig von Anatomen ein solcher Bruch irrtümlicherweise für eine Dauerepiphyse angesehen wurde.

Auch der Bruch des Processus posticus tali ist häufiger, als angenommen wird. L. hat ihn im oben genannten Zeitraume 7mal beobachtet. Fissuren sind wohl ebenfalls nicht selten. Bei der Diagnosestellung ist Gewicht zu legen auf den lokalen Druckschmerz und auf die Ausfüllung der äußeren Knöchelgrube. Der Druckschmerz kann in allen Fällen hervorgerufen werden, wenn man neben der Achillessehne oberhalb ihres Ansatzes an der Außenseite mit dem Finger in die Tiefe geht. Auf dem Röntgenbilde stellt sich der Bruch am besten bei seitlicher Aufnahme mit der Außenseite auf der Platte dar.

Die Therapie dieser Frakturen besteht in kurzer Ruhestellung und Massage nach 8—10 Tagen.

Zum Schluß kommt Verf. noch eingehender auf das Trigonum beim Talus, die persistierende Epiphyse beim Os metatarsi V und auf das Os Vesalianum zu sprechen. Er glaubt, daß das Trigonum als selbständiges inkonstantes Skelettstück in dem Verhältnis von 3 : 100 vorkommt. Von Pfitzner, der sich mit demselben eingehend beschäftigt hat, meint er, daß diejenigen seiner Fälle, welche sogenannte »Entartungsreaktionen« aufgewiesen hätten, als pathologische Produkte nach voraufgegangener Fraktur aufzufassen seien. Auch kämen solche inkonstante Skelettstücke entsprechend ihrer knorpeligen Anlage fast stets doppelseitig vor. Den Beweis, daß die ganze Tuberositas ossis metatarsi V als inkonstante Epiphyse auftritt, hält L. nicht für erbracht, während es sich bei dem Os Vesalianum um eine solche zu

handeln scheint. Die von Gruber publizierten Fälle von inkonstanten persistierenden Epiphysen jenseits der Pubertät sind als Produkte von Brüchen anzusehen. **E. Siegel** Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

153. Sitzung, den 12. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr Riese.

1) Herr Milner: Demonstration eines Falles angeborener Neurofibromatose.

Bei dem 22jährigen Mann ist das rechte Bein seit früher Kindheit verlängert, jetzt um 3 cm (2 cm das Femur, 1 cm die Tibia); es besteht an ihm vom oberen Drittel der Tibia bis zur Trochantergegend eine starke Entwicklung weicher Gewebsmassen mit feinen und gröberen wurmförmigen Strängen; die Haut ist hier mit blauen Flecken stark marmoriert, verdünnt und hängt nur stellenweise mit den als Rankenfibromen aufzufassenden Wucherungen zusammen; diese stehen dagegen in fester Verbindung mit den Muskeln, die sie zum Teil diffus durchwachsen und zum Schwunde gebracht haben, mit der erschlafften Kniegelenkskapsel, mit Periost und Knochen an Tibia, Patella, Femur. Die Patella zeigt im Röntgenbild oberhalb der Spitze eine quere Lücke; die Tibia ist nach vorn konvex verbogen, Fibula gerade; die Crista ilei dextra ist difformiert, in zwei Kämme gespalten; an Tibia und Trochanter fühlt man starke Unregelmäßigkeiten der Oberfläche. Alle Knochenveränderungen stehen anatomisch in Verbindung mit fibromatösen, an Periost oder Knochen heranreichenden Tumormassen; sie sind sekundär von diesen veranlaßt, wie wohl auch bei den anderen in der Literatur bekannten Fällen. Als Ursache der Knochenverlängerung spricht M. die venöse Hyperämie an; er erwähnt den Gedanken von Helferich, dieselbe praktisch zur Anregung kompensatorischen Längenwachstums von Extremitätenknochen anzuwenden; er streift die Hypothese von Perthes, daß angeborener partieller, falscher Riesenwuchs auf Neurofibromatose beruhe und meint, daß sie nur für wenige Fälle zutreffen könne.

2) Herr Riese: Operation bei Barlow'scher Krankheit.

Die Barlow'sche Krankheit, der Skorbut der kleinen Kinder, hat bisher vorwiegend die inneren Kliniker beschäftigt. R. will an der Hand eines von ihm operierten Falles zeigen, daß sie auch das Interesse der Chirurgen verdient. Es werden meist Kinder bis zu $1^1/_2$ Jahren von wohlhabenden Leuten befallen; sie werden elend, blaß, verweigern die Nahrung; es stellen sich Schmerzen, oft mit Fieber und Anschwellungen dicht über den Epiphysen, besonders der unteren Extremitäten, ein; es kommt sogar zu Epiphysenlösungen. Dann treten Blutungen des Zahnfleisches, Haut- und Nierenblutungen auf. Auch die Knochenveränderungen beruhen auf hämorrhagischen Vorgängen in Knochen und Knochenhaut. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen lehrten, daß hauptsächlich eine Ernährungsstörung mit Wachstumsbehinderung und Baufälligkeit im Knochensystem besteht mit Brüchigkeit der Gefäße; das Knochenmark nimmt an Stelle der lymphoiden eine fibroide Struktur an; die Brüchigkeit der Knochen resultiert aus diesen primären Veränderungen; die Rachitis kommt nur als begünstigendes Moment in Betracht. Die Ursache ist in einer Intoxikation zu suchen, herrührend von den Eiweißstoffen stark erhitzter, sterilisierter Milch. Die bakteriologischen Untersuchungen fielen stets negativ aus. Die Krankheit heilt, frühzeitig erkannt, allein durch diätetische Maßnahmen, durch Zuführung ungekochter Milch, von Fruchtsäften, von Bierhefe; doch sind mehrfach Todesfälle bekannt geworden. Wesentlich langsamer erfolgt die Heilung, wenn sich schon Hämatome gebildet haben. R. weist darauf hin, daß die Hämatombildung zu diagnostischen Irrtümern, zur

Annahme eines akuten Gelenkrheumatismus, eines Sarkoms Veranlassung gegeben hat. Bei dem damals $1^1/_4$jährigen Knaben, den R. behandelt hat, war zunächst von chirurgischer Seite akute multiple Osteomyelitis diagnostiziert worden (Temperatur 40°, sehr schmerzhafte, mächtige Auftreibung der Diaphysen des rechten Femur und der rechten Tibia). R. stellte auf Grund starker blutiger Suffusion des Zahnfleisches die Diagnose Barlow'sche Krankheit; wesentlich war auch, daß keine entzündliche Infiltration der Weichteile um den geschwollenen Knochen bestand. Da das Kind durch die großen Schmerzen, die Schlaflosigkeit, die Nahrungsverweigerung sehr heruntergekommen war, entschloß sich R. zunächst zur Entleerung der Hämatome von einem kleinen, bis auf den Knochen geführten Schnitt an Femur und Tibia; es wurden relativ große Mengen flüssigen Blutes entfernt, die unter dem äußerst gespannten Periost lagen; die Wundhöhlen wurden leicht tamponiert. Der Erfolg trat sofort ein; das Kind wurde ruhig, entfieberte in 2 Tagen; die Wunden vernarbten schnell, nach 3 Wochen war es völlig geheilt. Die diätetische Kur wurde erst nach der Operation eingeleitet.

R. will die Operation nur für schwere, vorgeschrittene Fälle empfehlen. Daß auch sehr große Hämatome ohne Operation heilen können, spricht nicht gegen sie; durch den kleinen Eingriff erreicht man aber entschieden sehr schnelle Erleichterung infolge Beseitigung der Schmerzen und schnellere Heilung; auch können Todesfälle, wie sie bei vorgeschrittener Krankheit vorgekommen sind, durch sie verhütet werden. Neigung zu Nachblutung und schlechte Heiltendenz bestand in dem Falle R.'s nicht; andere, nicht absolut notwendige operative Eingriffe wird man natürlich auf der Höhe der Krankheit vermeiden. Demonstration des jetzt blühenden Knaben; Osteophytenbildung im Bereiche der Hämatome ist nicht eingetreten.

3) Herr Löhlein demonstriert:

a. einen Echinokokkus der Leber, den er bei der Operation in die vordere Bauchwand eingenäht hatte, und der nach Eröffnung und Entleerung der Cyste durch einen Hustenstoß in toto entleert wurde. Heilung unter Tamponade.

b. einen Fall von rechtsseitigem Lungenschuß, bei dem er am 2. Tage wegen Verjauchung des Blutergusses in die Pleura (40° Temperatur, Kollaps) die Resektion dreier Rippen vorgenommen hat. Es bestand eine Lungenzerreißung; das Geschoß wurde nicht gefunden. Heilung unter Tamponade. Das Röntgenbild zeigte das Geschoß in den Muskeln neben der Wirbelsäule.

c. einen Fall von Abreißung des Dünndarmes längs des Randes des Mesenteriums nach Fall auf den Bauch und Überfahren; es bestand außerdem ein Beckenbruch. Laparotomie nach 10 Stunden wegen auftretenden Singultus und Leibschmerzen mit Bauchdeckenspannung; beginnende Peritonitis; Resektion der 30 cm langen Dünndarmschlinge, Vereinigung durch Murphyknopf. Die Gefäße des Mesenteriums bluteten nicht mehr. Tod nach anfänglichem Wohlbefinden am 11. Tage an Peritonitis, die von einer durch den Knopf veranlaßten Darmnekrose hervorgerufen worden war.

4) Herr Riese: Solitäre Echinokokkencyste des Mesenteriums.

Die 28jährige Frau kam mit einem cystischen, stellenweise harten Tumor zur Beobachtung, der neben dem retroflektierten Uterus im Becken festlag und die Symphyse etwas überragte. Es wurde ein Dermoid des Ovariums diagnostiziert. Bei einer späteren Untersuchung lag der Tumor höher, bis handbreit unter der Nabelhorizontalen, mit dem unteren Pol im kleinen Becken. Bei der Operation lag der Tumor ebendort; als nach Herstellung der Beckenhochlagerung an dieser Stelle eingeschnitten wurde, fand sich die Cyste, dem Mesokolon angehörend, nach oben bis unter den Magen gewichen. Schluß des hypogastrischen Schnittes unter Fixation des Uterus in der Bauchwand und Anlegung eines epigastrischen Schnittes bis fast zum Beginne des ersten. Nach Durchtrennung breiter Verwachsungen zwischen Netz, Magen und Gallenblase, die im übrigen gesund waren, wurde das Colon transversum herausgelagert und die in seiner Mitte befindliche Cyste nach Spaltung des vorderen Gekrösblattes, nach Punktion (wobei sich Echinokokken-

blasen entleerten) und Verkleinerung exstirpiert. Naht des vorderen Mesenterialblattes, Schichtennaht der Bauchwand.

R. zog die Exstirpation der Einnähung in die Bauchwand vor, weil die Wand der Cyste verkalkt und unnachgiebig war. Diagnostisch war der Fall besonders interessant, weil die Cyste — entgegen den sonstigen Angaben über Cysten des Mesokolons — sehr beweglich war; bei ihrer Größe hatte sie offenbar das Kolon allmählich herabgezogen. R. empfiehlt die Anwendung der Beckenhochlagerung als diagnostisches Hilfsmittel zum Nachweise der Beweglichkeit. Die Punktion ist bei Stellung der Diagnose nicht anzuwenden, da die Möglichkeit eines Echinokokkus vorliegt und nach der Punktion sehr leicht Generalisation der Echinokokken eintritt. Solitäre Echinokokkuscysten des Mesenteriums sind sehr selten, häufiger sind die multiplen Netz- und Gekrösechinokokken.

5) Herr Sultan: Über lokale Eosinophilie der Niere.

Bei einer sonst gesunden 22jährigen Frau stellten sich heftige kolikartige Schmerzen der linken Nierengegend ein. Der Harn enthielt Blut und Eiter, zweimal kleine Gewebsfetzen, die aus einer Anhäufung nur eosinophiler Zellen bestanden. Der Ureterenkatheterismus wies nach, daß sie aus der linken Niere entstammten, während die rechte gesund war. S. legte die linke Niere frei und fand auf ihrer Konvexität eine wallartige Vorwölbung von Zweimarkstückgröße, die in schmutzig gelb-rötlicher Farbe scharf gegen das übrige Gewebe abgesetzt war und als Tumor imponierte. Exstirpation der Niere. Glatte Heilung; die Pat. ist seitdem gesund. Auf dem Nierendurchschnitte sah man, daß es sich nicht um einen Tumor handelte, sondern daß der beschriebene Herd keilförmig bis an das Nierenbecken sich fortsetzte; eine Reihe kleinerer Herde von Punkt- bis Stecknadelkopfgröße waren über die Nierenrinde und die Schnittfläche verteilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Herde durch zirkumskripte interstitielle Nephritis bedingt waren; die infiltrierenden Zellen bestanden fast ausschließlich aus massenhaft angehäuften eosinophilen Zellen, in den kleinen Herden auch aus roten Blutkörperchen. Bakterien wurden nicht gefunden. Die Entzündung war nicht durch einen aszendierenden Prozeß, sondern hämatogen ausgelöst worden. S. hat ähnliche Anhäufung eosinophiler Zellen in einem wegen Karzinom exstirpierten Uterus gefunden.

6) Herr Püschmann: Über einen Fall von Gehirngeschwulst.

P. demonstriert das Gehirn eines Pat., der bei Lebzeiten neben den allgemeinen Symptomen eines Hirntumors folgende Herderscheinungen bot: 1) seitens des Kleinhirns: zerebellare Ataxie und lebhaftes Schwindelgefühl; 2) seitens der Hirnnerven: Reizung des rechten Trigeminus, Parese im rechten Facialis und Hypoglossus, Herabsetzung des Gehörs rechts, weiterhin Lähmung des rechten Abducens und Reizung im linken Facialis; seitens der langen Leitungsbahnen: gesteigerte Sehnenreflexe, Fußklonus, positiven Babinski, Sensibilitätsstörung am linken Unterarme, Dorsalflexion der linken Zehe, später zunehmende Parese im linken Beine, schließlich auch im rechten. Es wurde ein Tumor im rechten Kleinhirnbrückenwinkel angenommen.

Herr Riese legte zwecks Exstirpation des Tumors die hintere Schädelgrube frei; infolge der Dicke der Knochen am Hinterhaupte war der Eingriff sehr erschwert; nach Bildung des Haut-Periost-Knochenlappens und Spaltung der Dura mußte die Operation abgebrochen werden, da der Mann kollabierte. Nach Kochsalzinfusion erholte er sich zunächst, ging jedoch in der folgenden Nacht plötzlich zugrunde. Die Sektion ergab ein Cholesteatom an der vermuteten Stelle, es war von dem seitlichen Piaüberzuge der rechten Brückenhälfte ausgegangen.

Herr Riese bemerkt dazu noch, daß ihm ein ähnlicher Fall, den er auch in zwei Sitzungen operieren wollte, kurz nach der ersten Operation plötzlich verstorben sei. Er würde empfehlen, die Operation einzeitig zu machen. Im zweiten Falle war er dicht am Tumor und hätte ihn leicht enukleieren können.

7) Herr Riese: Über Operationen an den Samenblasen.

R. hat bei sieben Pat. — sechsmal bei ausgedehnter Genitaltuberkulose — die Exstirpation der Samenblasen und von Teilen der Prostata ausgeführt; ein Pat.,

zunächst bedeutend gebessert, mit Urinfistel entlassen, starb bei einer nach 6 Monaten ausgeführten Nachoperation, wobei inguinale, bis ins kleine Becken reichende tuberkulöse Drüsen entfernt wurden mit Eröffnung des Peritoneums, an Ileus und davon ausgegangener Peritonitis. Ein zweiter Pat. starb 5 Monate nach der Operation an ausgedehnter Lungen- und Blasentuberkulose; es hatte eine sehr ausgedehnte Genitaltuberkulose bestanden, so daß auch die Prostata mitentfernt werden mußte; er hatte eine Urinfistel behalten. In den anderen Fällen ist, obwohl Lungentuberkulose mit Bazillenbefund bestand, Heilung eingetreten; die Operation liegt jetzt 4, 5, 6 Jahre zurück; die Lungenerkrankung ist zum Stillstande gekommen. R. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die von ihm befolgte Methode, zunächst von einem inguinalen Schnitte das Vas deferens unter doppelter Ligatur der Art. spermatica so tief wie möglich zu durchtrennen und es mitsamt dem Hoden, der mit seinen Fisteln umschnitten wurde, zu entfernen; darauf soll man in Steinschnittlage nach querem Dammschnitte die Samenblasen freilegen durch Spaltung der Fascie, die sich zu ihnen von der Prostata her herüberzieht. Die Samenblase wird mit Pinzette und Schere in der Mitte von dem Ureter, von dem sie durch lockeres Fett getrennt ist, gelöst, worauf man sie durch einen Faden anziehen kann; sie wird dann nach oben gelöst, wonach der Samenstrang verfolgt wird, der in der Regel 6 cm oberhalb des oberen Poles der Samenblase abreißt. Über unangenehme Blutungen hat R. nicht zu klagen gehabt. Kleine Urinfisteln heilen bei radikaler Operation, wenn keine Blasentuberkulose besteht, leicht. Die Verletzung des Mastdarmes ist bei Anwendung stumpfer Haken sicher zu vermeiden. Den Ureter konnte R., auch bei Bestehen von Verwachsungen, stets gut freilegen. Die Tiefe der Wunde war gut übersichtlich. R. warnt vor Erhöhung des Beckens und vor Tamponade des Mastdarmes, wodurch die Samenblasen nach oben gedrängt werden. Die übrigen für die Exstirpation der Samenblasen angegebenen Wege — der suprapubische, der inguinale, der sakrale — sind zuwenig übersichtlich oder zu eingreifend und kommen nur bei bösartigen Geschwülsten in Betracht. Als Indikation zur Operation läßt R. nur schwere Fälle gelten mit ausgedehnter eitriger, fistulöser Hoden- und Nebenhodentuberkulose und hochgradiger Erkrankung der Samenblasen. Die Evulsion nach Büngner ist nicht empfehlenswert, R. sah danach zweimal akute Miliartuberkulose entstehen.

Diskussion: Herr Hildebrandt hat nach Eingriffen bei vorgeschrittenen Fällen, bei denen die Prostata mitentfernt werden mußte, Fisteln gesehen, die nicht wieder heilten und den Zustand der Kranken wesentlich verschlechterten. Er ist gegen derartige Eingriffe.

Herr Israël ist der Ansicht, daß man bei Hodentuberkulose und gleichzeitig fühlbarer Tuberkulose der Samenblasen sich auf die Kastration beschränken soll. Wenn man klinisch die Tuberkulose der Samenblasen konstatiert, sind die anatomischen Verhältnisse nicht mehr so einfach, daß Nebenverletzungen bei der Exstirpation nicht häufiger vorkommen würden. Außerdem sei deshalb vor so großen Eingriffen bei den wenig widerstandsfähigen Personen zu warnen, weil nach vielfältigen anatomischen und klinischen Erfahrungen die Tuberkulose der Prostata sehr heilbar sei.

Herr Körte schließt sich der Ansicht Israël's an.

Richard Wolff (Berlin).

---

19) C. Ch. Sick (Hamburg). Über einen Fall von sogenanntem idiopathischen Priapismus, geheilt durch Inzision der Corpora cavernosa.

(Vereinsblatt der pfälzischen Ärzte 1905. November.)

An der Unterseite der Peniswurzel bildete sich bei einem 42jährigen, sonst gesunden Mann ein schmerzhafter Strang, der langsam auf die Pars pendula übergriff; zugleich Auftreten häufiger Erektionen, zunächst stundenweise, dann schmerzhaft, andauernd, ohne Libido. Therapie: Bettruhe, Kampfer, epidurale Injektionen mit Schleich'scher Lösung, Kälte, Morphium. Nach 17tägigem Bestehen — der Strang am Damm war nicht mehr zu fühlen — auf jeder Seite des

Gliedes 4 cm lange Inzision, Entleerung von Blut und schwarzroten Gerinnseln. Der Penis kollabiert. Naht der Wunde. Das entleerte Blut war steril. Völlige Heilung ohne funktionelle Störungen. **Goebel** (Breslau).

20) **E. Aievoli.** Sui canali anomali del pene. Urethra duplex. Condotti paruretrali.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1905. Nr. 112.)

Verf. berichtet über einen in der Mittellinie des Penis bis zur Symphyse verlaufenden Kanal von $7^1/_2$ cm Länge, der in dem Sulcus coronarius begann. Bei einem 63 Jahre alten Manne wurde dieser für Sonde 16 durchgängige und mit der Harnröhre nicht kommunizierende Gang durch einen reichlichen eitrigen Ausfluß aus demselben zufällig entdeckt. Nach Heilung des Ausflusses durch Albargineinspritzungen verengerte sich der Gang. Es handelte sich offenbar um einen jener seltenen, in der deutschen Literatur als obere Penisfistel bezeichneten Gänge.

Dreyer (Köln).

21) **Preindlsberger.** Zur Prostatectomia perinealis subcapsularis.

(Wiener klin. Rundschau 1905. Nr. 32 u. 33.)

Verf. bringt seine eigenen Erfahrungen mit der perinealen Entfernung der Vorsteherdrüse in Form von Krankengeschichten und tritt lebhaft für das Verfahren ein. Er hat seine Operationen in Bier'scher Rückenmarksanästhesie ausgeführt.

Schmieden (Bonn).

22) **Fiori.** Ritenzione cronica primaria nei prostatici senza ostacolo meccanico.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1906. Nr. 6.)

F. berichtet über zwei Kranke mit Prostatahypertrophie, deren erste Symptome in verlängertem Miktionsakte, dünnem, runden und schwachen Strahle bestanden. Auch bei der Entleerung der Blase mit dem Katheter mußte man mit Druck vom Bauche her nachhelfen. Manometrische Messungen ergaben in beiden Fällen geringen Druck. Einer der Fälle heilte fast durch Instillationen von Paraganglin Vassale, der zweite vollständig durch die supkapsuläre perineale Prostatektomie. Darauf nahm auch der intravesikale Druck rapid zu. F. glaubt, daß auch bei der sogenannten primären Blasensklerose die Retention lediglich auf Reflexerscheinungen beruht. **Dreyer** (Köln).

23) **Hamman.** Extreme bladder over-tension.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 20.)

Ein 80jähriger Prostatiker leidet seit einigen Monaten an Ischuria paradoxa. Die gefüllte Blase reicht vom Schambeine bis zum Schwertfortsatz und entleert bei der Punktion über 7 Liter Urin. Die Sektion ergibt eine Vergrößerung des Mittellappens der Prostata mit riesiger Erweiterung der Harnwege ohne Infektion.

Weber (Dresden).

24) **Losio.** Sopra un caso di iscuria prostatica permanente trattato colla incisione termogalvanica della prostata.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1906. Nr. 9.)

Bei einem 69jährigen Manne, der seit einem halben Jahre an vollkommener Retention infolge von Prostatahypertrophie litt, erreichte Tansini durch einen galvanokaustischen Schnitt nach Bottini und Nachbehandlung mit dem Dauerkatheter durch 4 Tage vollkommene Heilung ohne jeglichen Residualharn. 8 Monate später bestand die Blasenfunktion unverändert fort. **Dreyer** (Köln).

25) **G. Guiteras** (New York). Exstrophy of the bladder; operation; result.

(Amer. journ. of surgery 1906. Februar.)

29jähriger Mann, der bis zum 19. Jahre für ein Mädchen gehalten war; totale Blasenektopie, die Schambeine standen $3^1/_2$ Zoll voneinander, die Blase überragte

die Haut um 1 Zoll, totale Epispadie mit Fehlen der Pars membranacea und cavernosa urethrae; kein Nabel; Blase mit kleinen Geschwüren und Exkoriationen, so daß jegliche Berührung der Kleider schmerzte und Pat. bei der Arbeit (er ist Schmied) stets gebückt stand, während er bei aufrechter Haltung stets mit der Hand die Kleider abhielt. Harnleiter entleeren rhythmisch klaren Urin.

Operation: Deckung der Blase durch einen von dem haarlosen Bauche herabgeklappten Lappen, der durch zwei seitliche Lappen verstärkt und — auf seiner wunden Oberfläche — bedeckt wird, während der Bauchdefekt durch Transplantation von den Oberschenkeln her geschlossen wird. Die Pars prostatica und glandularis urethrae werden seitlich angefrischt und vernäht und darüber das Praeputium befestigt. Katheter in beide Harnleiter und ein weicher in die Blase. Nachbehandlung in sitzender Stellung. Zwei seitliche Fisteln (sinuses), die blieben, heilten spontan, die eine in 3 Tagen, die andere in 3 Wochen.

4 Monate nach der Operation geht Pat., ohne zu nässen, umher, er kann 2 Unzen Urin im Stehen und 4 im Liegen halten, trägt aber wegen rasch eintretenden Urindranges ein Urinal. 6 Wochen nach der Operation zum erstenmal eine Erektion. Die Nähte der Glans haben allerdings nachgegeben, so daß die Harnröhre hier noch epispadiert ist. In den ersten Wochen nach der Operation entleerten sich einige kleine Konkretionen (Phosphate) an Haaren, später aber verschwanden sie ganz.

Eine ausführlichere Operationsgeschichte und bessere Illustration des interessanten und quoad effectum außerordentlich glücklich verlaufenden Falles wäre sehr zu wünschen. **Goebel** (Breslau).

26) **Fioravanti** e **Pellegrini.** Studio clinico ed anatomo-patologico sulla trombosi neoplastica della vena cava ascendente sui tumori maligni del rene.

(Morgagni 1906. Januar.)

Bei zwei Fällen von Nierengeschwulst — das eine Mal handelte es sich um ein Lymphangiosarcoma endotheliale et peritheliale und das zweite Mal um ein vom Nierenbecken ausgehendes Plattenzellenkarzinom, das noch durch seine Komplikation mit einer Pyonephrose ausgezeichnet war — fand sich in der Vena cava superior ein Thrombus auf der Grundlage von aus den Zellen der primären Neubildungen bestehenden Geschwulstmassen. In beiden Fällen hatte intra vitam kein Symptom, weder Kollateralvenen, noch Ödeme der unteren Extremitäten, noch lokalisierte Schmerzen auf diese Komplikation hingewiesen. Während der Operation fiel in dem zweiten Falle die Geringfügigkeit der Blutung auf, wie das auch sonst bei vorgeschrittenen Pyonephrosen häufig ist. Beide Fälle endigten 3 Tage nach der Operation tödlich, indem die vorher gebildeten Thromben infolge des Operationstraumas zu Embolien in der Vena poplitea und den Venae suprahepaticae führten und dadurch den Kollateralkreislauf störten. Während von schon früher in der Literatur erwähnten Fällen von Nierengeschwülsten mit Thrombose der Venen sechs die rechte und vier die linke Niere betrafen, handelte es sich hier bei dem Sarkom um die linke und bei dem Karzinom um die rechte Niere.

Dreyer (Köln).

27) **A. Hofmann.** Umsetzung der Längsrichtung bei Extensionsverbänden in queren Zug. (Aus dem städt. Krankenhause zu Karlsruhe. Prof. v. Beck.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Zweck dieser Extensionsart soll die Vermeidung des Rollenträgers, sowie sämtlicher Rollen sein. Nach Anlegung des Extensionsverbandes in üblicher Weise werden die Extensionslaschen durch zwei in das Spreizbrett gemachte Löcher durchgezogen, sodann um das Fußbrett des Bettes eine Schnur gelegt und geknüpft, eine zweite Schnur durch das eine Loch des Spreizbrettes, um die zum Ringe geschlossene erste Schnur, durch das andere Loch des Spreizbrettes durch-

geleitet und an ihren beiderseits seitlich heraushängenden Enden Gewichte angehängt. Diese üben nach beiden Seiten einen sich auf die Seitenteile des Spreizbrettes als Druck im Sinne der Längsachse des zu extendierenden Gliedes übertragenden Zug aus. An Stelle des Spreizbrettes kann auch ein »Spreizschlitten«, der leicht auf der Unterlage gleitet, verwendet werden; er besteht aus drei zu einem gleichschenkeligen Dreieck verbundenen Schmalhölzern, deren längstes (Basis) die Funktion des Spreizbrettes ausübt und zwei Löcher hat, während an den Dreieckseiten Ringschrauben zur Führung der queren Schnur angebracht sind. Der Grad der nötigen Abduktion kann durch einen unten um den Bettstollen herumlaufenden und oben die querziehende Schnur nach der betreffenden Seite abduzierenden Zügel bewerkstelligt werden. **Kramer** (Glogau).

28) **W. Fehres.** Über einige Fälle von Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie unter besonderer Berücksichtigung der Unfallfrage.

Inaug.-Diss., Rostock, 1905.

Mitteilung zweier Fälle, welche die Schwierigkeit der Beurteilung in bezug auf die Unfallversicherung gut illustrieren. Im Anschluß daran werden noch vier Fälle mit syringomyelitischen Gelenkerkrankungen besprochen, welche im allgemeinen nichts Neues bieten. Auffallend sei die relativ häufige Erkrankung des Ellbogengelenkes, während sonst am häufigsten das Schultergelenk beteiligt ist. (Bei der geringen Zahl von Fällen dürfte es sich wohl um ein zufälliges Zusammentreffen handeln. Ref.) **Renner** (Dresden).

29) **P. Tschmarke.** Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenksluxation, kompliziert mit anderen Verletzungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1906. Nr. 7.)

Den 32 bisher beschriebenen Fällen kann Verf. einen weiteren anfügen. Ein Mann wurde unter der Plattform eines elektrischen Wagens in Seitenlage eine Strecke weit geschleift und trug außer einem Oberarmbruch und mehreren Wunden, speziell am rechten Hüftgelenke, eine doppelseitige Hüftverrenkung davon. Abgesehen davon, daß der Mann ohne irgendwelche Unfallfolgen geheilt wurde, ist interessant, daß zunächst — wie in einigen früher beschriebenen Fällen — nur die Verrenkung der einen Seite — Luxatio obturatoria — diagnostiziert, und erst nach ihrer Einrenkung die pathognomonische Stellung des anderen Beines deutlich wurde.

Das ätiologische Moment der doppelseitigen Verrenkung sieht Verf. in der zugleich komprimierenden und rotierenden Gewalt des Wagens, die den einen Schenkelkopf nach hinten (Luxatio iliaca), den anderen nach vorn (Luxatio obtur.) verrenkte.

Für die Therapie empfiehlt T. nur Ruhigstellung der Beine ohne Schienen auf 2—3 Wochen, und schon nach wenigen Tagen leichte aktive Bewegungen und Massage.

Wichtig für das Unfallwesen ist die Meinung T.'s, daß im allgemeinen nach derartigen Verletzungen eine dauernde Schädigung in größerem Umfange nicht zurückbleiben soll.

Ein Literaturverzeichnis ist beigefügt. **Renner** (Dresden).

Berichtigung. P. 275 Z. 8 v. u. lies »eine Mukoracee« statt einen Mikrokokkus.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. **Sonnabend, den 31. März.** **1906.**

Inhalt: I. **W. v. Oettingen,** Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung. — II. **J. Dollinger,** Gaumennaht. (Original-Mitteilung.)

1) **Hildebrandt,** Jahresbericht. — 2) **Goebel,** Karzinom. — 3) **Kirmisson,** Chirurgie des Kindes. — 4) **Brickner,** Der chirurgische Assistent. — 5) **Fischer,** Erste Hilfe in der Schlacht. — 6) **Port,** Zur Reform des Kriegssanitätswesens. — 7) **E. v. Oettingen,** Unter dem roten Kreuz im russisch-japanischen Kriege. — 8) **Kirchberg,** Röntgenschädigungen. — 9) **Lazarus,** Lumbalanästhesie. — 10) **Liebl,** Lokalanästhesie. — 11) **Cirera,** Furunkel und Milzbrand. — 12) **Noguera,** Erysipel. — 13) **Georgiadès,** Phlegmonen bei Kindern. — 14) **Vorkastner,** Jackson'sche Epilepsie. — 15) **Kutvirt,** Airol als Diagnostikum bei Otitis. — 16) **Payr,** Plastische Operationen an den Ohren. — 17) **Freer,** Verbiegung der Nasenscheidewand. — 18) **Murray,** Gaumenspalte. — 19) **Steinmann,** Wirbelverrenkung. — 20) **Drehmann,** Cervicodorsalskoliose. — 21) **Ludloff,** Verletzungen der Lendenwirbel und des Kreuzbeines. — 22) **Bokay,** Kehlkopfgeschwüre. — 23) **Baetjer,** Röntgendiagnostik von Aneurysmen der Brustaorta. — 24) **Zesas,** Schulterblatthochstand. — 25) **Sauer,** Madelung'sche Deformität des Handgelenkes. — 26) **Moser,** Fingerverletzungen. — 27) **Wollenberg,** Hüftverrenkung. — 28) **Ghillini,** Genu valgum. — 29) **Auffret,** Sehnentransplantation. — 30) **Ledo,** Beingeschwüre. — 31) **Brandenberg,** Stellungs- und Haltungsanomalien rachitischer Kinder.

32) Boston-Hospitalsbericht. — 33) **Suzuki,** Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege. — 34) **Young,** Schußverletzungen peripherer Nerven. — 35) **Ringleb,** Operationstisch. — 36) **Onodi,** Paraffinspritze. — 37) **Mirtl,** Heißluftapparat. — 38) **Schäffer,** Universalpendelapparat. — 39) **Mayer,** Schiebeapparate für orthopädische Zwecke. — 40) **Gelincky,** Pseudarthrosenbehandlung. — 41) **Ribera,** Blutanalyse bei chirurgischen Erkrankungen. — 42) **v. Saar,** Elephantiasis der Kopfschwarte. — 43) **Chambers,** Trepanation gegen Irresein. — 44) **Pringle,** Schließung von Schädellücken. — 45) **Heismoortel,** Lumbarpunktion bei Ohrleiden. — 46) **Botey,** Paraffininjektionen bei Ozaena. — 47) **Meissl,** Zur Wangenplastik. — 48) **Seidel,** Doppelseitige Oberkieferresektion. — 49) **Amberger,** Operative Heilung von Meningitis. — 50) **Kopits,** Photographische Skoliosenmessung. — 51) **Lehmann** und **Stapler,** Pleuritis im Röntgenogramm. — 52) **Lehmann** und **Schmoll,** Perikarditis im Röntgenogramm. — 53) **Silberstein,** Angeborene Thoraxdefekte. — 54) **Schlagintweit,** Lux. fem. suprapubica. — 55) **Moreau,** Aneurysma der A. tib. post. — 56) **Stainforth,** Traumatisches hartes Ödem.

I.

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung.

Von

Dr. **Walter von Oettingen** in Berlin.

Die Diskussion über die Fragen des Wundverbandes auf dem Schlachtfelde ist noch nicht geschlossen, wenngleich Theoretiker und Praktiker in den wesentlichsten Punkten sich zu einigen beginnen, wozu die letzten, mit modernen Waffen ausgetragenen Kriege erheblich beigetragen haben.

Die alles überragende Wichtigkeit des sachgemäßen Transportes mit ausreichenden Transportmitteln scheint — es sei das offen ausgesprochen — die Diskussion über rein medizinische Fragen in den Hintergrund zu drängen, und das mit einem gewissen Recht; denn heutzutage darf als feststehend angesehen werden, daß die Organisation im Felde es ist, die dem Arzte eine segensreiche Arbeit erst ermöglicht.

Diese ärztliche Tätigkeit im Felde wird, besonders in den vordersten Reihen, nach zwei Begriffen bewertet, dem der Zweckmäßigkeit und dem der Schnelligkeit. Im Frieden kommt die Schnelligkeit nicht in Betracht, und in bezug auf die zweckmäßigste Art der Wundbehandlung im Frieden ist noch keine Einigkeit erzielt, was aus der beständigen Erörterung der Frage: Asepsis oder Antisepsis? hervorgeht. Soweit es sich um den Krieg handelt, glaube ich, daß die Aseptiker das Feld behaupten werden. — Diese Behauptung bedarf einer Begründung durch strikte Fragestellung und deren Beantwortung.

Bei der antiseptischen Wundbehandlung müssen wir uns fragen: Wieviel schaden wir und wieviel nützen wir?

Bei der aseptischen haben wir uns zu fragen: Wieviel nützen wir und wieviel versäumen wir? — Die Antworten lauten: Entsprechend der Wirksamkeit (Giftigkeit) des Antiseptikums fügen wir unserem Körper mehr Schaden als Nutzen zu. (Ein Antiseptikum wie das Jodoform ist relativ ungiftig, daher aber auch sein Nutzen gering). Die Antwort auf die zweite Frage lautet: Der Nutzen einer absoluten Asepsis ist ein großer, durch Fortlassen bakterientötender Maßnahmen versäumen wir wenig!

Unsere Hauptaufgabe ist nicht, die Bakterien in der Wunde zu töten, sondern 1) die Bakterien abzuleiten (durch aufsaugende Verbandstoffe) und 2) weitere Bakterien von der Wunde fernzuhalten.

Daß diese Auffassung nicht neu, beweisen die Äußerungen unserer Autoritäten in der Kriegschirurgie. (von Bergmann: »Die Trocken-

heit schützt besser, als das Imprägnieren mit Karbolsäure, Sublimat oder anderen Antisepticis. — Es ist von untergeordneter Bedeutung, ob die Verbandstoffe mit Antisepticis imprägniert sind, wenn sie nur steril sind. — Ich glaube jetzt, daß das Unterlassen der primären Wunddesinfektion in den Kriegen der Zukunft stets geübt werden wird. — Eine unvollkommene Reinigung nützt nichts, eine vollkommene ist nicht durchführbar. — Je weniger an einer Wunde geschieht, desto besser für den Kranken.«) Jedem dieser fundamentalen Sätze beipflichtend, meine ich, daß das Fernhalten der Bakterien von der Wunde den Kernpunkt der Sache im wesentlichen trifft, und daß unsere Bestrebungen hier anzugreifen haben, um dem Ziele näher zu kommen. Zu diesem Zweck ersann ich eine im folgenden zu beschreibende Methode, die ich in Hunderten von Fällen im russisch-japanischen Kriege als Chefarzt des Livländischen Roten Kreuzes mit Erfolg anwenden konnte. — Bei meiner Ausreise im März 1904 versah ich mich mit einigen Litern meiner Mastixlösung, und vor den Schlachten wurden Tausende quadratischer Mullwattebäusche (10:10 cm) in Pergamentpapier sterilisiert.

Die Verwundeten, die in mein zum Verbandplatz gewordenes Lazarett strömten, waren unverbunden oder z. T. mit Notverband (Verbandpäckchen) versehen. Die Umgebung der Wunde wurde von mir und von meinen Assistenten nie gewaschen, rasiert oder desinfiziert, sondern nur mit der Harzlösung im Umkreise eines Handtellers bestrichen; nun wurde ein Wattebausch auf die Wundgegend[1] getan; er haftete sofort unverschieblich fest und wurde noch mit einer Binde fixiert. (Bei Frakturen folgte der inamovible Verband.) Hierdurch erreichte ich, daß alle Bakterien der Umgebung arretiert sind, da die klebende Harzlösung erstens ein Wandern der Bakterien in die Wunde verhindert und zweitens jede Verschiebung des Bausches unmöglich macht.

Diese beiden Punkte waren für mich maßgebend, und der Erfolg sprach für die Richtigkeit meiner Annahme, auf diesem Wege die sicherste Prophylaxe auszuüben. Die Methode verband die Zweckmäßigkeit mit der Schnelligkeit, hatte aber auch noch manche andere Vorteile. Sie ist in der Hand von Laien (Heilgehilfen, Krankenpfleger) sehr leicht und rasch ausführbar, ist vollkommen unschädlich und hat die Eigenschaft, die Finger ganz auszuschalten. Die Flüssigkeit wird mit dem Pinsel, der am Gummipfropfen der Blechflasche hängt, aufgetragen, und die Bäusche sind in der Pergamenthülse so verpackt, daß sie nur von der einen Seite gefaßt werden können.

Das Studium der Harzlösungen hatte größtmögliche Einfachheit der Zusammensetzung zum Ziel. Ausgegangen war ich von meiner Mastix-Kolophoniumlösung, die, von Heussner und Fink übernommen, folgende Zusammensetzung hatte:

[1] Das von mir regelmäßig geübte Auflegen einer Tablette Collargol auf die Wunde ist für das hier zu erörternde Thema gleichgültig.

Therebinth. venet.	15,0
Colophon.	28,0
Mastich.	12,0
Resin. alb.	8,0
Spirit. 90proz.	180,0
Aether.	20,0

filtra!

Diese Zusammensetzung litt jedoch an dem Mangel der Einfachheit. Nach vielen Versuchen bin ich bei folgendem Rezept angelangt, das ich zur Nachprüfung empfehle:

Mastich.	20,0
Chloroform	50,0
Ol. lini gtt.	20.

Für den Krieg lautet das Rezept: Mastix, einen gehäuften Eßlöffel, Chloroform 3 Eßlöffel, Öl 20 Tropfen.

Die Vorteile dieser neuen Lösung leuchten ein; der Spiritus fällt fort, der oft im Felde weder in nötiger Qualität noch Konzentration zu haben ist. An seine Stelle ist das Chloroform getreten, das im Felde vorhanden sein muß, und das einmal auf die Haut aufgetragen, nicht reizt. Es erübrigt, einen Sack mit dem guten, sogenannten »Tränenmastix« mitzuführen, in dessen Mitte ein ganz kleines Fläschchen Leinöl verwahrt wird. An Stelle des Leinöls kann auch ein beliebiges anderes Öl treten, z. B. Rizinusöl; doch rate ich bei dem Leinöl zu bleiben, da andere Öle schmierende Eigenschaften haben, wogegen das Leinöl eine ganz zarte Haut bildet und den in trockenem Zustande pulvernden Mastix klebend und elastisch erhält.

Zum Schluß möchte ich bemerken, daß ich die Mastixlösung nicht nur zum Zweck der Bakterienarretierung beim »ersten Verbande« anwendete; sie eignet sich vorzüglich für alle Fälle, wo wir in die Lage kommen, haarige Stoffe (Köper, Flanell) innig mit dem Körper verbinden zu müssen. Mit Hilfe der Mastixlösung habe ich in der Folge alle Extensionsverbände gemacht, Clavicular-, Radius-, Rippen- und andere Frakturen behandelt, und war mit den Resultaten der Verbandmethode sehr zufrieden. Vielleicht ergibt sich daraus auch eine gewisse Methode für die Friedenspraxis.

II.

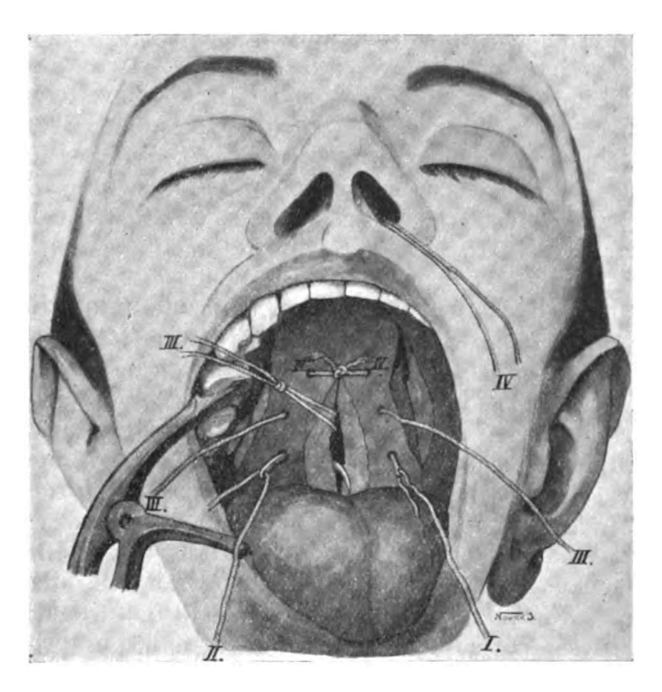
Gaumennaht.

Von

Professor **J. Dollinger** in Budapest.

Seit etwa zwei Jahren nähe ich den Gaumenspalt nach Anfrischung der Spaltränder, Anlegung der entspannenden Seitenschnitte, und Ablösung der beiden Weichteillappen vom harten Gaumen mit gewöhnlichen, gebogenen, harten chirurgischen Nadeln oder mit meiner

weichen Nadel, die ich mir für Nähte in engen Räumen aus weichem Stahl schon längst konstruierte[1], in folgender Weise: Zu jeder einzelnen Knopfnaht gebrauche ich zwei, etwa 25 cm lange Fäden. Die Lappen werden in gehöriger Entfernung von den Rändern des Gaumenspaltes von dem Munde gegen die Nasenhöhle hin durchstochen — wie auf der Abbildung bei I —, die Nadel mit dem Faden durch den



Spalt herausgezogen (II), die zu je einer Knopfnaht gehörigen Fäden 10 cm weit von ihren Enden zusammengeknotet (III) und die Fadenenden mittels einer durch das Nasenloch eingeführten Kornzange durch dasselbe herausbefördert (IV). Zur Entfernung der Naht schneidet man in der Mundhöhle, seitlich von dem Knopfe, die beiden Fäden durch, entfernt den Knopf und zieht die Fäden durch die Nase heraus. Zur Naht kann irgendein Faden oder Draht verwendet werden. Ich bediene mich der Seide.

---

1) **Hildebrandt.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. X. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1904.

Zum zehnten Male liegen H.'s Jahresberichte vor und registrieren alle Arbeiten, die fleißige Forscher im Laufe eines Jahres auf dem

[1] Die Nadeln verfertigt Ernst Kratz, Fabrik chirurgischer Nadeln, Frankfurt a. M.



Gebiete der Chirurgie veröffentlicht haben. Wer selbst die Schwierigkeiten des dauernden Referierens kennt, wer so viele unbedeutende Arbeiten neben den wenigen wirkliche Fortschritte und Förderung der Wissenschaft bedeutende Einzelleistungen der Publizistik durcharbeiten muß, wird anerkennen müssen, daß der Herausgeber einen Stab treuer, gewissenhafter und geschickter Referenten besitzt, die ihre Aufgabe vorzüglich gelöst haben, und daß die Übersicht des Gesamtwerkes wie der einzelnen Referate eine wohlgelungene ist. Dabei muß besonders hervorgehoben werden, daß die gesamte ausländische chirurgische Literatur ebenso genau und ausführlich vertreten ist wie die einheimische, eine Tatsache, die bei der Internationalität unserer Wissenschaft als ein großer Vorzug gelten darf. Wir zweifeln nicht, daß sich das angesehene Sammelwerk auch im zweiten Dezennium seines Erscheinens fortgesetzt neue Freunde verschaffen und die alte Hochschätzung erhalten wird. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

2) **C. Goebel** (Breslau). Karzinom und mechanische Reize.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 403. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1906.)

Unter mechanischem Reiz versteht G. eine von außen an die Zelle herantretende Gewalt, die lediglich in mechanischem Sinne wirkt, indem sie Verschiebungen der einzelnen Zellen, Zerstörungen derselben, konsekutive Blutungen und weiterhin auch entzündliche Veränderungen bewirkt. Er bespricht die bezüglichen Arbeiten von Ribbert, Marchand, O. Israel, Roessle, Schaper usw., welche dem mechanischen Reiz einen ursächlichen oder veranlassenden Wert für die Karzinomentstehung beimessen, freilich eine Erklärung dafür nicht geben, weshalb der Reiz einmal zur pathologischen, ein andermal nur zur regenerativen Wucherung führt. Bei allen diesen theoretischen Vorstellungen wird eine länger dauernde chronische Reizwirkung vorausgesetzt. — G. unterzieht dann weiter die in einzelnen Mitteilungen und in Statistiken niedergelegten praktischen Erfahrungen, welche die Rolle der mechanischen Reize bei der Karzinomgenese illustrieren sollen, einer Kritik und kommt zu dem Schluß, daß die Wirkung einer einmaligen, akuten stumpfen oder schneidenden Gewalt ganz auszuschließen ist. Wo einmalige Traumen etwa durch Umgestaltung der Zirkulationsverhältnisse, Hyperämie, Blutergüsse mit konsekutiven entzündlichen Resorptionsvorgängen wirken könnten, ist die Existenz verlagerter Keime (z. B. beim Kryptorchismus) vorauszusetzen. Insofern aus Narben Karzinome hervorgehen können, ist eine einmalige Gewalteinwirkung als ätiologisch — aber im entferntesten Sinne — anzuschuldigen. Es treten andere, unbekannte Momente hinzu. Die chronischen Reize als rein mechanische anzusehen, geht wohl auf den ersten Blick; in Wirklichkeit liegt aber die Sache viel komplizierter; erst auf dem Umweg über entzündliche, ulzeröse, metaplastische Vorgänge bildet sich hier ein Karzinom, wobei andere Vorgänge, thermische und vor allem chemische Reize mitwirken, eine viel größere Rolle als mechanische spielen. **Kramer** (Glogau).

---

3) **Kirmisson.** Précis de chirurgie infantile.

Paris, **Masson & Co.,** 1906.

Nicht ein Repetitorium für Staatsexaminanden soll der vorliegende Abriß der Chirurgie des Kindesalters sein, vielmehr will K. trotz aller Kürze Ärzten und Studierenden ein anschauliches und übersichtliches Werk zum Nachschlagen und Studieren geben. Er läßt daher alle geschichtlichen Überblicke, alle Theorien fort und gibt von der Anatomie und pathologischen Anatomie nur ebenso viel, daß man die klinischen Erscheinungen, die sich hieraus entwickelnde Diagnose, sowie die Therapie verstehen kann. Naturgemäß beginnt das Werk mit der Beschreibung der kongenitalen Störungen, deren Verständnis dadurch wesentlich erleichtert wird, daß die normale Embryologie an der Hand deutlicher in den Text eingefügter Bilder entwickelt ist. Abgesehen davon, daß vielleicht die Operationen der Hasenscharten und Gaumenspalten etwas kurz fortgekommen sind, dürfte sonst wohl keine kongenitale Störung unerwähnt geblieben sein. Es folgen im zweiten Teil die Verletzungen. Hier konnte Verf. selbstverständlich nicht alle Knochenbrüche und Verrenkungen beschreiben. Er beschränkte sich vielmehr darauf, eine allgemeine Übersicht über besondere Eigentümlichkeiten der Entstehung der Brüche im Kindesalter zu geben, sowie ihre Prognose und Therapie. Gerade dieses Kapitel erscheint mir trotz aller Kürze vorzüglich gelungen. Ausführlich beschrieben sind die Epiphysenlösungen, von Brüchen die des Oberarmes, des Vorderarmes und Schädels, von Verrenkungen die des Ellbogens und die isolierte Verrenkung des Radiuskopfes. Die Verbrennungen und Fremdkörper beschließen den Abschnitt.

Der letzte Teil endlich gibt eine Übersicht über die wesentlichen Infektionskrankheiten, Ernährungsstörungen, Geschwülste und endlich in einem Kapitel am Schluß die Chirurgie des Ohres, des Brustkorbes, Bauches und Urogenitalsystems, soweit dieselbe für die Erkrankungen im Kindesalter in Betracht kommt.

Das Gesamtwerk verdient auch insofern Beachtung, als es die auf reiche Erfahrung gegründeten Anschauungen von K. wiedergibt.

Coste (Straßburg i. E.).

---

4) **Brickner.** The surgical assistant.

(Intern. journ. of surgery Co. New York 1905.)

B., Chirurg am Mount Sinai-Hospital in Neuyork, versucht mit diesem Buche (363 Seiten) dem angehenden Chirurgen sowohl als auch dem oberen Pflegepersonal, soweit es mit operierten Kranken zu tun hat, einen kurzen Wegweiser zu geben.

Nach einer sehr kurzen Besprechung des Verhältnisses zwischen Assistenten und den übrigen im Hospital in Betracht kommenden Faktoren folgt die Beschreibung einer Anzahl von Handgriffen, mit denen der Assistent dem untersuchenden Chefarzt von Nutzen sein kann.

Es folgen spezielle Vorschriften für die Einrichtung eines Operationsraumes; auf einigen Skizzen sind sämtliche für einen derartigen

Raum erforderlichen Möbel usw. verzeichnet, auf anderen Skizzen die im allgemeinen auf den einzelnen Tischen lagernden Instrumente in gebrauchsfertiger Anordnung. Die Technik der Narkose mit den dabei erforderlichen Kunstgriffen und Instrumenten wird ausführlich abgehandelt. Ebenso wird den Maßnahmen, die dem Assistenten bei Operationen zufallen, Halten der Haken, Blutstillung usw., ein Kapitel gewidmet; ein weiteres der Nachbehandlung.

Ein zweiter Abschnitt des Buches behandelt eine Anzahl für gewisse Körperabschnitte besonders typischer Operationen.

In einem Anhang werden zahlreiche Rezepte zur Bereitung von Catgut, von antiseptischen Lösungen u. dgl. mitgeteilt, in einem zweiten werden eine Reihe besonders häufig benutzter Instrumente abgebildet.

Man merkt dem Buche, das in seiner Art wohl das erste ist, an, daß sein Verf. lange Zeit selbst Assistent gewesen ist und den Mangel an einem praktischen Hilfsbuch für die zahlreichen Kniffe und Kunstgriffe vermißt hat, welche man kaum zu lernen Gelegenheit hat, wenn man nicht mehrere Assistentenjahre dem Eintritt in die Praxis vorausschickt, Kunstgriffe, die manchem Uneingeweihten nebensächlich und wertlos erscheinen, dem Geübten aber viel Zeit, Mühe und Ärger sparen und ihm deshalb unentbehrlich sind.

Darauf ist das kleine Werk ganz zugeschnitten, es behandelt im allgemeinen nicht systematisch die Materie, sondern verrät dem Leser möglichst viele von den Dingen, die »hinter den Kulissen« sich abspielen; es will dem, der neu in eine chirurgische Krankenhausabteilung eintritt, das Einleben erleichtern.

Dieser Zweck wird in diesem Rahmen sicher erreicht, der größte Teil der 123 Textabbildungen ist klar und richtig.

Unzweckmäßig ist es, wie Verf. seine Pat. aufheben und tragen läßt; die Hüftgelenke sind dabei stark gebeugt, der Kopf und Hals überhaupt ohne Stütze (Fig. 19); fraglich ist mir auch der Zweck der Fig. 27, wo ein Operateur in fast ganzer Figur die Lederbedeckung eines Spritzenkolbens erneuert.

Bei einem amerikanischen Buche darf auch nicht auffallen, daß in dem Instrumentenverzeichnis am Schlusse des Buches bei jedem einzelnen Instrument der volle Name einer bedeutenden Neuyorker Firma angebracht ist.

Das Buch dürfte mit Recht Anklang finden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

5) **H. Fischer.** Die erste Hilfe in einer zukünftigen Schlacht. 50 S.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1906.

Verf. ist der Ansicht, daß in den zukünftigen Schlachten die Zahl der Verwundeten derartig anwachse, daß die zurzeit geltenden ärztlichen Vorschriften für die erste Hilfe und die weitere Verpflegung derselben dementsprechend umgeändert werden müßten. Für die Zeit



des allmählichen Vorrückens in die Kampflinie, bei welcher das ganze Terrain auch bis weit hinter die anmarschierenden Truppen vom Gegner mit Shrapnels und Kleingewehrgeschossen dauernd überstreut werde, sollen die Verwundeten der Selbsthilfe überlassen und darüber, wie dabei vorzugehen sei — das Aufsuchen von Plätzen zur Schonung gegen neue Verwundungen, die Verwendung der Verbandpäckchen, die provisorische Fixierung von Schußfrakturen —, alle Soldaten schon im Frieden unterrichtet werden. Erst wenn die feindlichen Reihen sich einander mehr genähert haben, soll die ärztliche Hilfe in Tätigkeit treten, aber nicht in der bisherigen Formation von Sanitätskompagnien (Sanitätsdetachements), die den Ansprüchen der neueren Massenschlacht nicht mehr gewachsen seien. Vielmehr soll das gesamte staatliche Divisionssanitätspersonal sich in vielen einzelnen Abteilungen auf Befehl des Divisionsarztes auf vielen kleinen durch Natur oder Kunst gedeckten Verbandplätzen über das ganze Schlachtfeld ausbreiten, überall seine Tätigkeit allein auf die immer seltener notwendig werdenden lebensrettenden Operationen beschränken, als Hauptaufgabe aber die provisorische Herstellung der Transportfähigkeit der Verwundeten betrachten. Wo sie in diesen gedeckten Stellen verbunden worden, sollen die Schwerverwundeten liegen bleiben, bis sie in die Lazarette überführt werden können. Das aber, wie überhaupt die Abräumung der Verwundeten nach der Schlacht, ist künftig Aufgabe der freiwilligen Pflege mit eigener Ausrüstung. Sie bringt die Verwundeten in die in der Nähe des Schlachtfeldes etablierten Divisionslazarette, wo dieselben transportfähig gemacht, falls nötig operiert werden. Ist das geschehen, so übernimmt die freiwillige Pflege auch die Lazarette, wie die gesamten Verwundeten- und Krankentransporte.

Von seiten des Chefs des Militärmedizinalwesens, des viel zu früh gestorbenen Generalstabsarztes v. Leuthold, dem die Schrift zur Feier seines goldenen Doktorjubiläums zugedacht war, scheinen nach den eigenen Worten des Verf.s diese seine Ansichten nicht gebilligt worden zu sein. **Richter** (Breslau).

---

6) **J. Port.** Zur Reform des Kriegssanitätswesens. 32 S. 5 Abbild. und das Porträt des Verf.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1906.

Das kleine Werk, die letzte Arbeit des unermüdlich für die Wohlfahrt des verwundeten Kriegers im Felde tätigen Verf., empfiehlt für solche Fälle, wo der Gipsverband zuviel Zeit beansprucht, auch nicht genügend geübte Hände findet, als Hilfsverbände auf dem Kriegsverbandplatze zur Feststellung zerschmetterter Extremitäten die Anlegung vorbereiteter mit Filz benähter Schienen aus Eisenblech, deren Abbildung sich im Texte findet. Außerdem bildet es, ebenfalls aus Eisenblech und Holz herzustellende, sehr kompendiöse Feldbettstellen und Karren, zum Transport Schwerverwundeter hergerichtet, ab, die im Kriege von Wert sein können. **Richter** (Breslau).

---

7) **Elisabeth v. Oettingen.** Unter dem Roten Kreuz im russisch-japanischen Kriege. 248 S. 35 Bilder.

Leipzig, **Weidner,** 1905.

Verf., die Gattin des Oberarztes des Livländischen Feldlazarettes des Roten Kreuzes, das unter der Leitung ihres Mannes, des in Deutschland ausgebildeten Dr. v. Oettingen stand, selber erfahrene Operationsschwester, beschreibt in sehr gefälliger Art das Schicksal dieses ebenso reich wie vorzüglich ausgerüsteten Lazarettes. In den ersten Zeiten nach der Ankunft im fernen Osten wurde dessen ärztliche Kraft kaum in Anspruch genommen, größere chirurgische Forderungen erst an dasselbe gestellt, nachdem es Ende November nach Mukden vorgezogen worden war. Hier mußten, entsprechend der Jahreszeit, zwei große für je 600 Soldaten Raum gebende halbunterirdische Erdhütten, dazu auch solche für das Pflegepersonal, gebaut und mit Öfen versehen, auch die mitgebrachten Döcker'schen Baracken für den winterlichen Gebrauch hergerichtet werden. Da das Lazarett unmittelbar an der Eisenbahn lag, diente es zunächst wesentlich als Sortierungspunkt für die von der Armee kommenden Kranken und Verwundeten, bekam dann aber den Auftrag, bei den zu erwartenden Schlachten als Hauptverbandplatz und natürlich weiterhin als Sortierungspunkt zu dienen. Zunächst kamen da reichlich die Verwundeten des Mitschenko'schen Reiterzuges zur Behandlung, die zum Teil einen 8tägigen Transport auf zweirädrigen federlosen Karren bei schlimmster Kälte hatten durchmachen müssen, der auch so manchem das Leben gekostet hatte. Als Mitte Januar eine große Schlacht bevorstand — die von Sandepu —, wurde durch Zukommandierung einer großen Zahl von Ärzten und Schwestern die Hilfsbereitschaft möglichst erhöht, was nur zu notwendig war, da innerhalb 10 Tagen vom Beginn des Kampfes an 7000 Verwundete in Mukden eintrafen, von denen die Schwerverwundeten dort Aufnahme fanden, alle leichter Blessierten weiter zurücktransportiert wurden. Aber noch mehr steigerten sich die Ansprüche an die Pflegekräfte einen Monat später — im Februar — während der in nächster Nähe ablaufenden Schlacht bei Mukden. Während dieser 10 Tage stieg die Arbeit in das Unendliche, die Schwere der Verwundungen steigerte sich mehr und mehr, und allmählich verlangten auch die Japaner in wachsender Anzahl Hilfe — nicht wenige von ihnen gegen Erfrierungen, die bei den Russen nicht beobachtet wurden. — Die Verwundeten waren meist so erschöpft, daß sie nach empfangener Labung fest einschliefen, so daß man sonst schmerzhafte Verbände bei ihnen vornehmen konnte, ohne sie narkotisieren zu brauchen. Zu guter Letzt war der Blessiertenzudrang so groß, daß an die Ausführung größerer Operationen gar nicht mehr zu denken war, namentlich seitdem die artilleristischen Geschosse des verfolgenden Feindes immer zahlreicher in das Lazarett einschlugen. Ihm, d. h. seinem Roten Kreuz, konnten zu guter Letzt die Verwundeten zur ärztlichen Pflege noch übergeben werden, zu der eine Anzahl

russischer Ärzte und Schwestern freiwillig bei ihnen zurückblieben; der letzte Eisenbahnzug führte die übrigen ihrem eigenen Heere nach.

Da die äußeren Verhältnisse der Verwundetenfürsorge im Kriege deren Resultate in günstiger wie ungünstiger Richtung beeinflussen, wäre es erwünscht, es würden solch lebendige Schilderungen über ihr Ergehen, wie wir sie hier lesen, in größerer Zahl veröffentlicht und gleichzeitig wie diese durch klare Abbildungen illustriert.

Richter (Breslau).

---

8) **Kirchberg.** Röntgenschädigungen und ihre rechtlichen Konsequenzen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Verf. bespricht die verschiedenen möglichen Schädigungen des menschlichen Körpers durch Röntgenbestrahlung, speziell die der absoluten Sterilisierung, wie sie zuerst von Albers-Schönberg an männlichen Tieren, von Halberstädter an weiblichen und von Philipp später auch am Menschen erwiesen worden ist. Hat der behandelnde Arzt alle Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung von Schädigungen ergriffen, tritt aber trotzdem eine solche ein, so wird der Arzt dafür nicht haftpflichtig gemacht werden können, selbst wenn er dem Pat. zuvor erklärt hatte, eine Schädigung sei ausgeschlossen. Als zweckmäßig empfiehlt K. dem Arzte den Beitritt zu einer Haftpflichtversicherung, um sich so vor zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen zu schützen. Zum Schluß stellt Verf. folgendes Postulat auf:

1) »Überlassen der Röntgendiagnostik und Therapie unter allen Umständen nur an Ärzte, und zwar an spezialistisch ausgebildete.

2) Unbedingte und stetige Anwendung aller durch die Erfahrungstatsachen bedingten Schutzmaßregeln für alle jene, die der Wirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt sind oder sein können.«

Gaugele (Zwickau).

---

9) **P. Lazarus.** Zur Lumbalanästhesie.

(Medizinische Klinik 1906. Nr. 4.)

Die Bier'sche Medullaranästhesie verdient bei starken motorischen oder sensiblen Reizerscheinungen des Unterkörpers, bei der mechanischen Behandlung schmerzhafter Gelenk- und Nervenleiden, zur Unterscheidung psychogener oder organisch bedingter Schmerzkontrakturen angewandt zu werden. Auch die Stovain-Adrenalinanästhesie hat zuweilen unangenehme Nachwirkungen oder Mißerfolge.

Die Ergebnisse der 64 an Kaninchen angestellten Versuche sind: Intradurale Einführung größerer Flüssigkeitsmengen ist lebensgefährlich. Intradurale Einspritzung von Luft ist tödlich. Destilliertes Wasser oder kalte Flüssigkeiten erzeugen lebhafte Schmerzen. Hypo- oder isotonische Kochsalz- oder 25%ige Harnstofflösungen machen keine Erscheinungen. Stärkere (10%ige) Kochsalzlösungen sind tödlich. 8%ige Kochsalz- oder 25%ige Bittersalzlösung wirken anästhesierend und lähmend. Die Lumbalanästhesie mittels Bittersalz ist beim

Strychnintetanus wirksamer als die Allgemeinnarkose, zuweilen sogar lebensrettend. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

10) **F. Liebl.** Über Lokalanästhesie mit Novokain-Suprarenin. (Aus der chir. Univ.-Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 5.)

Auch in der Heidelberger Klinik hat sich das Novokain in Verbindung mit Suprarenin zur Lokalanästhesie vortrefflich bewährt; abgesehen von wenigen Fällen von Infiltrationsanästhesie mit $^1/_4$%igen Lösungen (3 gtt. Suprarenin), kam sonst stets die Leitungsanästhesie — an Fingern und Zehen ohne Abschnürung — mit $^1/_2$—2%igen Lösungen zur Anwendung. Die durch Suprareninzusatz von 1 gtt. pro Kubikzentimeter bewirkte Verzögerung der Resorption verlängerte die Dauer der Anästhesie außerordentlich, so daß der erste Wundschmerz meist erst nach 3—5 Stunden, und zwar in geringem Grad auftrat. Ausgezeichnete Resultate gaben u. a. die Anästhesierung der Alveolarfortsätze, die Leitungsanästhesie am Schädel inkl. Stirn, bei Operation der Fistula ani. Lokale Reizwirkungen blieben stets aus; auch bei Infektion in der Nähe von Entzüdungsherden kam es nie zu Störungen. Versuche am eigenen Körper ergaben als Maximaldosis 0,5 des Novokain; da diese Dosis auch bei den größten in Lokalanästhesie auszuführenden Operationen kaum erreicht wird, ist das Mittel somit als vollständig ungefährlich anzusehen. L. empfiehlt die Benutzung von Tabletten, die Novokain mit festem Suprarenin enthalten und in 0,9%iger NaCl-Lösung zur Lösung (unter aseptischer Kautelen) zu bringen sind. **Kramer** (Glogau).

---

11) **Cirera.** Forúnculos y antrax. Su tratamiento por la electrolisisy las carrientes de Morton.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1905. Nr. 900.)

Empfehlung der Elektrolyse zur Behandlung von Furunkulose und Milzbrand. C. legt seiner Empfehlung eine 10jährige Praxis zugrunde. Die Technik besteht darin, daß eine mit dem negativen Pol der Batterie verbundene Nadel in den Furunkel eingestochen und während 5 Minuten bei einer Stromstärke von 5—10 Milliampères dort belassen wird. — Des weiteren wird als gänzlich unblutiges Verfahren die Anwendung der hochgespannten statischen Elektrizität empfohlen (Arsonval'sche und Morton'sche Ströme). Dieselben werden mittels Elektroden 3—5 Minuten lang appliziert; die Sitzungen werden täglich wiederholt und sollen in kurzer Zeit zum Ziele führen.

Stein (Wiesbaden.).

---

12) **E. P. Noguera.** Un nuevo tratamiento de la erisipela.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1905. Nr. 909.)

Empfehlung einer Behandlungsweise des Erysipels mit einer Lösung von Aqua ros. 50,0, Glycer. 50,0 und Acid. salic. 10,0. Die

Lösung wird alle 4—5 Stunden mit einem Pinsel aufgetragen und soll in längstens 3—6 Tagen Heilung herbeiführen. Unter 82 Fällen, von denen 67 den Kopf und 15 die Extremitäten betrafen, war kein Mißerfolg zu verzeichnen. **Stein** (Wiesbaden).

---

13) **J. N. Georgiadès** (Athen). Behandlung der diffusen Phlegmonen bei Kindern. Umschläge mit Schwefeläther.

(Orient méd. 1906. Nr. 1.)

Das Prinzip, diffuse Phlegmonen chirurgisch zu eröffnen, gibt nicht immer gute Resultate, vielmehr sind, namentlich im Kindesalter, die Fälle nicht selten, wo der lokale Prozeß hierdurch sich nicht bessert, das allgemeine Befinden stetig schlechter wird und schließlich das tödliche Ende erfolgt. Dies hat den Verf. veranlaßt, die phlegmonösen Entzündungen nicht zu eröffnen, sondern mit Kompressen von Schwefeläther zu behandeln, und sind die hiermit erzielten Resultate den mit der chirurgischen Methode erzielten gegenüber um vieles besser. Von neun Kindern mit diffusen Phlegmonen, welche operiert wurden, starben sechs, während die übrigen eine sehr lange Rekonvaleszenz durchmachten; dagegen endete unter 27 Kindern, die mit Ätherumschlägen behandelt wurden, kein Fall tödlich. Die betreffenden Umschläge werden derart ausgeführt, daß die erkrankte Gegend gewaschen, event. rasiert und desinfiziert wird und ein in Aether. sulph. getauchtes Wattestück auf dieselbe gelegt, hierauf mit einer trockenen Watteschicht und einem Stück Wachsleinwand oder Guttaperchapapier bedeckt und das Ganze mit einer Binde befestigt wird. Kurze Zeit hierauf bemerkt man einen erheblichen Temperaturabfall, Nachlassen der Schmerzen, Verkleinerung der Schwellung, Erblassen der Röte usw. bis zur Norm. Mitunter bleibt an Stelle des Abszesses eine seröse Flüssigkeit, welche nach 3—4 Tagen spontan resorbiert wird. **E. Toff** (Braila).

---

14) **Vorkastner.** Über Schwierigkeiten der Indikationsstellung zur Operation bei Jackson'scher Epilepsie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 24 und 25.)

Die Grundsätze für ein operatives Vorgehen bei den einzelnen Formen, vor allem bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie, sind noch recht schwankend und dem subjektiven Ermessen überlassen. Die Arbeit hebt in klarer Darstellung einige bemerkenswerte und praktisch wichtige Punkte hervor, um die symptomatischen rindenepileptischen Anfälle bei Geschwülsten in den Zentralwindungen differentialdiagnostisch abzugrenzen. Die Krämpfe bei organischen Hirnerkrankungen, funktionellen Neurosen und den durch hypothetische toxische Einflüsse wirksamen Allgemeinerkrankungen finden besondere Berücksichtigung. Bei der Jackson'schen Epilepsie sind die Aussichten für den Erfolg operativer Eingriffe um so besser, je kürzere Zeit nach dem Trauma die Krämpfe aufgetreten waren und je kürzer sie zur Zeit der Operation

schon bestanden. Sobald Anhaltspunkte vorliegen, daß sich unter dem Gewande der traumatischen Jackson'schen Epilepsie eine mit dem Trauma in ursächlichem Zusammenhange stehende Geschwulst verbirgt, liegt die Indikation zur Operation klar auf der Hand. Die Epilepsie selbst gibt am häufigsten Veranlassung zur Fehldiagnose einer Geschwulst und zu operativem Eingreifen. An einem selbst beobachteten Fall erläutert Verf. die Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei solchen Fällen von Hysterie, wo sogar gewisse Veränderungen des Augenhintergrundes, wie Verwaschensein der Papillen, vorhanden sind, die in dem beschriebenen Falle angeboren waren und ein Degenrationszeichen darstellten. Die echte Hysterie konnte im weiteren Verlaufe sichergestellt werden. Die ophthalmoskopische Untersuchung der Angehörigen ist in solchen Fällen von entscheidender Bedeutung. Bei Vorhandensein einer Geschwulst nehmen die Krämpfe meist an Zahl und lokaler Ausbreitung zu, entsprechend dem allmählichen Wachstum der Geschwulst. Bei dem heutigen Stande unseres Wissens kommt in den meisten Fällen die Eröffnung des Schädels zum Zweck der Entfernung einer Geschwulst der Zentralwindungen nicht über das Niveau einer Explorativtrepanation hinaus.

Langemak (Erfurt).

---

15) **O. Kutvirt.** Das Airol als diagnostisches Hilfsmittel bei Otitiden.

(Časopis lékařů českých 1906. Nr. 2 u. 3.)

Bei manchen Otitiden wird ein in den äußeren Gehörgang eingelegter Airoltampon schwarz gefärbt. Regelmäßig beobachtet man dies bei kariösen Prozessen. Der Autor untersuchte, welche Mikroben des otitischen Eiters in einer Peptonbouillon die Entwicklung des Schwefelwasserstoffes, d. i. die Schwarzfärbung, verursachen und welchen Einfluß die Zusammensetzung des Nährbodens auf die Entwicklung des Gases besitzt. Er wählte eiweißhaltige und eiweißfreie Nährböden, denen er teils flüssiges Eiereiweiß, teils ausgeglühte Knochen, Spodium, frische Knochen oder Bestandteile derselben zusetzte. Das Resultat war folgendes: durch die Einwirkung gewisser Bakterien des otitischen Eiters erfolgt auf eiweißhaltigen Nährboden Schwarzfärbung des Airols; bei Anwesenheit von Knochen ist diese Reaktion viel intensiver und wird auch durch Bakterien hervorgerufen, die sonst keinen Schwefelwasserstoff produzieren. Die Zusammensetzung des Nährbodens dürfte auf die Entstehung des Schwefelwasserstoffes ohne Einfluß sein; die Wirkung der Knochensubstanz führt K. auf die chemischen Eigenschaften derselben, auf die sog. Katalyse zurück. In diagnostischer Beziehung ist die Schwarzfärbung des Airols von großer Bedeutung.

G. Mühlstein (Prag).

---

16) **E. Payr.** Plastische Operationen an den Ohren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

P. bespricht die verschiedenen bisher bekannt gewordenen Maßnahmen zur Stellungsverbesserung abstehender und Verkleinerung zu großer Ohren. Er hat selbst in letzter Zeit folgendes neue Verfahren angewendet: Es werden zuerst an der Hinterfläche des Ohres und an der benachbarten Haut des Processus mastoideus zwei kongruente Hautlappen exzidiert. Nach oben, nach unten und nach außen wird das Rhomboid am Ohre durch weitere Inzisionen und Ablösung der Haut vergrößert. Dann wird ein 1 cm breites Stück Knorpel mit medialer Basis in der Mitte des Rhombus abgelöst, oberhalb und unterhalb dieser Stelle eine kleine Knochensichel exzidiert und der Knorpellappen durch das mittels zweier paralleler Schnitte abgelöste Periost des Warzenfortsatzes hindurchgezogen und dort befestigt. Die Rhomboide werden verkleinert und dann aufeinander gefügt. Eine zuerst an der Vorderseite des Ohres durch diese Methode entstehende starke Wulstung der Ohrmuschel schwindet bald wieder.

Für die Verkleinerung der Ohrmuschel ist die beste Methode die Exzision eines Knorpelstückes, das sichelförmig mit seiner Konvexität dem freien Rande der Ohrmuschel parallel läuft. Die Sichelform läßt äußere Verunstaltungen des Ohres durch den Eingriff am ehesten vermeiden, während elliptische Exzisionen leicht derartige Nachteile haben. An den beigegebenen Bildern ist es leicht, sich über das Verfahren des Verf.s zu orientieren. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

17) **O. Freer.** Die Fensterresektionen der Verbiegungen der Nasenscheidewand.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 39.)

Unter Zugrundelegung von 68 operierten Fällen bespricht und illustriert Verf. eingehend die Technik der Operation, der Fensterresektion, welche nach ihm bestimmt ist, alle anderen Methoden der Geraderichtung der Verbiegungen der Nasenscheidewand zu verdrängen, weil sie jede knorpelige und knöcherne Verbiegung durch ein exaktes und einheitliches Verfahren gründlich und schonend beseitigt. Zur Beschränkung der Blutung wird 1 : 1000 Adrenalin auf beide Seiten der Verbiegung aufgepinselt. Daraufhin wird reines gepulvertes Kokain mit einem kleinen feuchten Wattepinsel auf beide Seiten der Deviation gestrichen. Nur bei Kindern wird außerdem etwas Chloroform gegeben. F. hat ein eigenes Instrumentarium für die Operation zusammengestellt, welches abgebildet wird. Näheres siehe Original.

Langemak (Erfurt).

---

18) **Murray.** At what age should a cleft of the palate be closed?

(Brit. med. journ. 1906. Februar 3.)

In den letzten Jahren zeigt sich eine deutliche Neigung, den Schluß der Gaumenspalten in ein früheres Lebensalter zu verlegen,

aber über die am besten geeignete Zeit sind die Ansichten noch sehr geteilt. Sie schwanken zwischen der fünften Lebenswoche (Arbuthnot Lane: Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 46) und dem dritten Lebensjahre (Berry: Zentralblatt für Chirurgie 1906 Nr. 4). Auf Grund von über 300 Operationen an Hasenscharten und Gaumenspalten kommt M. zu folgenden Ergebnissen: theoretisch ist es gewiß richtig, daß je frühzeitiger der Schluß der Spalte des harten Gaumens, um so besser die Sprache; aber praktisch lehren uns die Erfahrungen, daß eine noch so frühzeitige Operation keine vollkommene Sprachbildung erreicht, weil letztere außer von der Form der Mundhöhle auch von der der Nasenhöhle abhängt. Z. B. sprechen Kinder mit hohem Gaumen (gothic arch) in sehr ausgeprägten Fällen so, als wenn sie einen Spalt im Gaumen hätten. Unter diesen Umständen zieht M. es vor, die Operation der Gaumenspalte bis zum zweiten oder dritten Lebensjahre zu verschieben. Den harten Gaumen schließt er nicht nach Langenbeck, sondern durch Herüberklappen eines Schleimhautperiostlappens der einen Seite über den Spalt zur anderen, so daß die Schleimhautfläche zur Nasenhöhle sieht, die Wundfläche zur Mundhöhle. Den weichen Gaumen schließt er einfach durch Anfrischen und Vernähen, wenn es irgend möglich ist, um so ein möglichst bewegliches Gaumensegel und Zäpfchen zu erlangen, ein für die Sprache höchst wichtiger Umstand.

Brophy's Operation (Zentralblatt für Chirurgie 1905 Nr. 41), die durch Umführung mehrerer Silberdrähte die beiden Oberkiefer und harten Gaumen aneinander zu bringen sucht, verwirft Verf. nach zwei erfolglosen Versuchen ganz und gar. **Weber** (Dresden).

---

19) **F. Steinmann.** Beitrag zu den Totalluxationen der unteren Halswirbelsäule.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Die Totalverrenkungen der Halswirbel haben bisher als absolut tödliche Verletzungen gegolten; man kannte wohl zwei Fälle von Blasius, bei welchen ein so tragischer Ausgang nicht vorlag; allein diese Fälle galten bei allen auf diesem Gebiet erfahrenen Autoren, wie noch zuletzt bei Wagner und Stolper, als seltsame Ausnahmen. Für gewöhnlich sollte die begleitende Zertrümmerung des Rückenmarkes mit dem Fortbestand des Lebens unvereinbar sein.

Eine genaue Durchsicht der Literatur hat indessen den Verf. belehrt, daß doch noch eine nicht ganz unbeträchtliche Zahl von Fällen mit derartiger Totalverrenkung publiziert sind, welche nicht tödlich endeten, und er selbst hat einen solchen beobachtet, dessen Krankengeschichte einschließlich der die Diagnose sichernden Röntgenbilder er veröffentlicht. Auf Grund des vorliegenden Materiales beschreibt S. die wesentlichen Punkte, die bei dieser Verletzung in Betracht kommen.

Die Ursache war stets eine forcierte Beugung durch Stoß oder Fall auf den Kopf oder Schlag auf den Nacken. In den meisten Fällen war Bewußtlosigkeit vorhanden, die jeweils bis zu 2 Tagen anhielt. Durch die gewöhnlich auftretende Schädigung des zwischen den verschobenen Wirbeln austretenden Nervenpaares entstehen meist heftige Schmerzen. Druck, Bewegungsversuche lösen ebenfalls immer intensives Schmerzgefühl aus. Typisch ist die steife Haltung des Halses und Kopfes. Das auf die Brust gesunkene Kinn kann nur wenig von derselben erhoben werden. Die Steifigkeit des Halses verliert sich indessen auch bei den nicht reponierten Fällen meistens mit der Zeit und mit der Fixation der abnormen Stellung durch knöcherne Verwachsung. Es kann übrigens auch in einzelnen Fällen Rückbeugung oder Schiefstellung des Kopfes eintreten. Weitere Zeichen der Verschiebung sind eine winklige Knickung der Halswirbelsäule, ein Vorsprung am Nacken und die abnorme Entfernung zweier Wirbeldornen. Die Abtastbarkeit der Halswirbel vom Mund aus ist eine zweifelhafte Sache. Das Ligamentum longitudinale anterius und posterius zerreißen wahrscheinlich bei den am Leben bleibenden Fällen von Wirbelverrenkung nicht. Ähnlich wird es sich wohl mit den Muskeln der Wirbelsäule verhalten. Von sonstigen Begleiterscheinungen sind erwähnenswert die Kompression der Speiseröhre, Atmungsstörungen durch Lähmung der Kehlkopfnerven und Bruch des Brustbeins.

Die Diagnose der Totalverrenkung der Halswirbel wird trotz Vorhandenseins der wichtigsten Symptome verkannt, und doch ist die Erkennung des Leidens sehr wichtig, da nur die rechtzeitige Reposition Hilfe bringen kann. Da die Brüche und Verrenkungen der Halswirbelsäule oft schwer voneinander zu unterscheiden sind, so müssen die Repositonsversuche so gestaltet werden, daß bei event. vorhandenem Bruche kein Schaden entsteht. Die Hüter'sche Methode, die Beugeverrenkung zuerst in eine einseitige zu verwandeln, ist zu verwerfen. Man wendet heute zuerst eine Extension in der Längsrichtung der Wirbelsäule an, um die Gelenkfortsätze gegeneinander frei zu machen. Dann genügt nötigenfalls eine ganz leichte Rückwärtsbewegung des oberen Teiles der Halswirbelsäule, um die Gelenkflächen ineinander einspringen zu lassen. Narkose erleichtert das Einrichtungsmanöver. Bei veralteten Verrenkungen kommen event. operative Eingriffe in Frage, z. B. Wegnahme des Wirbeldorns mit einem entsprechenden Bogenstück des verrenkten Wirbels.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

20) **Drehmann.** Über Cervicodorsalskoliose und Halsrippe.

(Allgemeine med. Zentralzeitung 1906. Nr. 2.)

Einen sehr beachtenswerten Beitrag zur Kenntnis der primären Skoliosen liefert D. durch Mitteilung von zehn Fällen primärer, auf wenige Wirbel beschränkter Cervicodorsalskoliose. Auf Grund genauer, zum größten Teile röntgenographisch kontrollierter Untersuchungen kommt er zu dem Schluß, daß die meisten derartigen primären Cervico-

dorsalskoliosen durch überzählige Rippen bedingt sind, die aber nicht einfache Halsrippen sind, sondern häufig die Anlage eines keilförmigen Wirbelrudimentes am Übergange der Hals- in die Brustwirbelsäule mit einseitigem Rippenansatze zeigen. Auch ein gewissermaßen kompensatorisches Wirbelrudiment auf der entgegengesetzten Seite zwischen Brust- und Lendenwirbelsäule konnte er beobachten.

Besonders macht D. darauf aufmerksam, daß diese Mißbildungen erblichen Charakter zeigen. **Renner** (Dresden).

---

21) **Ludloff.** Verletzungen der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeines.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd IX. Hft. 3.)

Unfallspatienten mit Kreuzschmerzen werden nur zu häufig als Simulanten erklärt. Verf. gelang es, an der Hand einer größeren Zahl solcher Fälle und am anatomischen Präparat durch ausgedehnte Anwendung der Röntgenstrahlen nachzuweisen, daß es sich hierbei oft um Schädigungen der Lendenwirbelsäule oder des Kreuzbeines handelt. Vor allem scheinen hierbei die Gelenkfortsätze des V. Lendenwirbels bzw. des oberen Kreuzbeinwirbels bevorzugt zu sein. An objektiven Symptomen, die uns auf eine derartige Verletzung hinweisen können, gibt L. u. a. folgende an:

1) In einzelnen Fällen leichte Skoliose der unteren Lendenwirbelsäule mit geringen kompensatorischen Krümmungen der übrigen Wirbelsäule.

2) Geringe Verminderung oder Vermehrung der physiologischen Lordose.

3) In vielen Fällen auffallendes Vorspringen der einen oder beider Muskelgruppen zur Seite der Wirbelsäule, der Erectores trunci, besonders an ihrem unteren Ansatze.

4) Partielle Steifigkeit kleinerer Bezirke der Wirbelsäule in der Gegend der Lendenwirbelsäule.

5) Atrophien auf einer Seite des Gesäßes oder der unteren Extremität.

6) Der Winkel zwischen Dornfortsätzen und benachbarten Darmbeinkanten ist auf der einen Seite oft tiefer eindrückbar.

7) Das Promontorium springt manchmal stärker vor als normal.

8) Manchmal geringes »Rucksen und Knacken« bei Beugung und Streckung des Rumpfes.

9) Vor allem nervöse Symptome (Neuralgien, Hyperästhesien usw).

10) Leichtes Entstehen einer Röntgendermatitis.

11) Verstopfung bzw. verringerte Kontinenz.

Genannte Erscheinungen kehrten fast bei allen Pat. in derselben beinahe typischen Weise wieder (wie auch Ref., der mit dem Verf. obige Fälle zu untersuchen Gelegenheit hatte, beobachten konnte).

Gaugele (Zwickau).



22) **J. Bokay** (Budapest). Nouvelle note sur le traitement local des ulcérations du larynx.

(Arch. de méd. des enfants 1906. Nr. 2.)

Verf. ist der Ansicht, daß die sekundären Tracheotomien nach Intubation um vieles eingeschränkt werden sollen, da er zahlreiche Fälle zu verzeichnen hat, wo die O'Dwyer'schen Tuben viel längere Zeit als dies sonst üblich ist vertragen wurden. Da eine länger fortgesetzte Tubenbehandlung zu Geschwürsbildung im Kehlkopfe führt, so benutzt B. nach einigen Tagen Bronzetuben, die etwas länger sind, die er mit einer dünnen Gelatineschichte umgibt und letztere mit Alaunpulver imprägniert. Andere haben zur Imprägnierung auch Ichthyol mit gutem Erfolge benutzt. Jedenfalls werden auf diese Weise die Tuben viel längere Zeit vertragen, und man entgeht der Notwendigkeit, sekundär die Tracheotomie vorzunehmen. Bei den 24 Fällen des Verf. dauerte die Behandlung mit Ebonitröhren zwischen 91 und 294 Stunden und die darauf folgende mit präpäriertem Bronzeröhren zwischen 150 und 546$^1/_2$ Stunden. **E. Toff** (Braila).

---

23) **Baetjer.** The X-ray diagnosis of thoracic aneurysms.

(Bull. of de Johns Hopkins hospital 1906. Januar. p. 24.)

In den letzten 4 Jahren sind im Johns Hopkins-Hospital zu Baltimore 104 Fälle von Aneurysmen der Brustaorta zur Beobachtung gelangt, die sämtlich einer Untersuchung mit Röntgenstrahlen unterworfen worden sind.

Nach eingehender Besprechung gerade auch der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungsformen gibt Verf. folgende Regeln an, die für die Erkennung der Lokalisation des Aneurysmas sich ihm bewährt haben.

1) Das Aneurysma des aufsteigenden Teiles der Aorta erzeugt einen Schatten, der mehr rechts als links vom Brustbein gelegen ist, über dem Herzen sich befindet und der der vorderen Brustwand näher liegt als der hinteren.

2) Das Aneurysma des Aortenbogens läßt einen Schatten erkennen, der ein wenig mehr nach links vom Brustbein gelagert ist, sich aufwärts nach dem Halse zu verschieden weit erstreckt und der vorderen Brustwand besonders nahe gelagert ist.

3) Bei Aneurysmen der absteigenden Brustaorta sieht man einen Schatten, der links vom Brustbein liegt und der hinteren Brustwand angelagert ist.

Einige Einzelfälle von besonderen diagnostischem Interesse sind beigegeben. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

24) **D. G. Zesas** (Lausanne). Über den angeborenen Hochstand des Schulterblattes.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Angeregt durch eine einschlägige Beobachtung in der Hoffa-schen Klinik, unterzog sich Verf. der Durchsicht der Literatur über

diesen Gegenstand, um über die Genese der Deformität Aufschluß zu erhalten. Die aufgefundene Kasuistik umfaßt 99 Fälle. Verschiedene Argumente sprechen zugunsten der Annahme, daß dem angeborenen Schulterblatthochstand Entwicklungshemmungen in der Anlage des Schultergürtels zugrunde liegen, und daß die Formveränderungen des Schulterblattes oder die Weiterentwicklung versprengter Knochenlagen den Descensus scapulae verhindern können. Die Entwicklungshemmung kann primär auch die Muskulatur — besonders Pectoralis minor und Trapezius — betreffen. Die Kombination mit anderweitigen Mißbildungen spricht nicht gegen diese Annahme.

J. Riedinger (Würzburg).

---

25) **F. Sauer.** Die Madelung'sche Deformität des Handgelenkes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Auf Grund sehr eingehender, besonders auch röntgenographischer Untersuchung von 3 Fällen sogenannter Madelung'scher Deformität des Handgelenkes kommt Verf. im Sinne Delbet's zu dem Schluß, daß die Deformität in ausgesprochenen Fällen in einer vollkommenen volaren Verrenkung des Carpus in Ulnakarpalgelenk, des Radius im Ulnaradialgelenk besteht, welche bedingt wird durch eine volarkonkave Krümmung des Radius teils an seinem distalen Ende, teils in seiner Mitte. Das Radiokarpalgelenk ist in der Mehrzahl der Fälle unversehrt; nur ausnahmsweise findet sich hier eine sekundär entstandene Subluxation. Die Unterscheidung dieser spontan sich entwickelnden Deformität von ähnlichen traumatischen Ursprunges ist auch von praktischem Interesse für die Begutachtung. In ätiologischer Beziehung räumt Verf. mechanischen Momenten nur eine sekundäre Bedeutung ein, sieht vielmehr in der Rachitis und ähnlichen Knochenerkrankungen den Hauptfaktor für das Zustandekommen der Deformität, welche meist im Kindes- und Pubertätsalter beginnt und das weibliche Geschlecht in der Häufigkeit bevorzugt. Die Erfolge der mehrfach versuchten linearen Osteotomie des Radius ermuntern durch ihre Erfolge keineswegs zur Nachahmung.

Reich (Tübingen).

---

26) **V. Moser.** Über Fingerverletzungen.

(Medizinische Klinik 1906. Nr. 1.)

Bei einer einzigen Sektion der Holzberufsgenossenschaft wurden im Jahre 1904 783 Fälle von Fingerverletzungen mit fast 90000 Mk. entschädigt. — Unter Anführung mehrerer Krankengeschichten tritt M. gegenüber der langwierigen und im Endergebnis zweifelhaften konservativen Behandlung dafür ein, den Arbeiter unter Entfernung des voraussichtlich unbrauchbaren Gliedabschnittes und Bildung bequem sitzender Decklappen möglichst bald erwerbsfähig zu machen. — Die üblen Folgen kleiner entzündeter Rißwunden sind unter Weglassung aller Umschläge usw. durch Reinigung der Haut, genaue Glättung und Ichthyolsalbenverband der Wunde und völlige Ruhigstellung des er-

krankten Gliedes zu bekämpfen. Fingereiterungen sind tief und ausgiebig zu spalten. Bei Sehnennekrose ist die Absetzung des Fingers der Ausheilung in behindernder und bewegungsloser Stellung vorzuziehen. Den unversehrten Fingern und dem Handgelenk muß während der Behandlungsdauer die Bewegungsfreiheit bleiben.

Georg Schmidt (Berlin).

---

27) **G. A. Wollenberg.** Über die Kombination der angeborenen Hüftgelenksverrenkung mit anderen angeborenen Deformitäten.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Nachdem Verf. die Gründe dargelegt hat, welche im allgemeinen dafür sprechen, daß es sich in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle um einen primären Keimfehler handelt, untersucht er die Frage: Für welche Ätiologie sprechen die Fälle von Mißbildungen, welche mit der Verrenkung kombiniert vorkommen? Es ist nur eine relativ kleine Zahl solcher Fälle bekannt geworden. Sie werden in drei Gruppen zusammengestellt.

Die erste Gruppe enthält mit einer eigenen Beobachtung aus Hoffa's Klinik 24 Fälle, die man auf einen primären Keimfehler zurückführen könnte. Absolute Beweiskraft haben sie nicht.

Zur zweiten Gruppe zählen 59 fremde und 6 eigene Fälle, bei welchen intra-uterine Belastungsmomente in Frage kommen. Gleichwohl hält es Verf. für wahrscheinlicher, in der fehlerhaften Haltung der Gliedmaßen eher einen Ausdruck der durch gemeinsame primäre Gelenkanomalien bedingten Funktionsstörungen (primärer Keimstörung) zu sehen. Mit der mechanischen Theorie der intra-uterinen Entstehung kann er sich nicht befreunden. Gegen dieselbe sprechen die Fälle, welche ihrer Konfiguration nach denkbar günstige Verhältnisse für eine mechanische intra-uterine Verrenkung darbieten, ohne daß es zu einer solchen kommt, sowie der Umstand, daß bei weitem die meisten Hüftverrenkungen keine Spuren intra-uteriner Belastung darbieten.

In der dritten Gruppe werden 4 eigene Fälle von Little'scher Krankheit, kombiniert mit Hüftgelenksverrenkung, aufgeführt. Als Ursache der Subluxation betrachtet Verf. mit Ludloff die Muskelspasmen.

In einem Nachtrage beschäftigt sich Verf. mit der erst kürzlich erschienenen Arbeit von Ewald, mit dem er in einzelnen Punkten nicht einverstanden ist (s. d. Bl. 1906 p. 289).

Den Schluß der Arbeit bildet ein ausführliches Literaturverzeichnis (62 Autoren).

J. Riedinger (Würzburg).

---

28) **C. Ghillini.** Das Genu valgum.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Nach den Ausführungen des Verf. ist das Genu valgum eine Deformität, welche durch Höhenunterschied der Kondylen der Tibia

und des Femur hervorgerufen ist. Dieser Unterschied ist die Folge der verschiedenartig bildenden Tätigkeit der Epiphysenknorpel an ihren verschiedenen Stellen. Der Ausgangspunkt sind demnach die Epyphysenknorpel. Die Verkrümmung der Diaphysen ensteht sekundär durch funktionelle Anpassung. Daraus erklärt sich auch die spontane Heilung bei Kindern und die Besserung durch redressierende Verbände.

J. Riedinger (Würzburg).

---

29) **E. Auffret.** Transplantations tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. 117 S. 7 Abbild.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1905.

Verf. hat durch Studien in Deutschland, hauptsächlich bei Hoffa in Berlin und bei Lange in München, den Wert der plastischen Operationen an Muskeln und Sehnen kennen gelernt. Ferner hat er durch Studium der Literatur sich über die einzelnen Fragen genaue Orientierung verschafft. Seine Ausführungen sind vornehmlich an französische Leser gerichtet, denen die deutsche Literatur weniger zugänglich ist. Verf. findet es bedauerlich, daß in der Literatur nicht auch die schlechten Resultate veröffentlicht sind, und glaubt, daß in Zukunft noch manche Indikation änderungsbedürftig sein wird.

Bei der Abwägung des Wertes der hauptsächlich von Vulpius beschriebenen Anastomosenbildung und der von Lange ausgearbeiteten periostalen Methode kommt Verf. zum Schluß, daß letzterer der Vorzug einzuräumen sei. Zu diesem Urteil bestimmt ihn auch die Nachuntersuchung mehrerer von Jalaguier und Kirmisson operierter Fälle.

Weiterhin schildert Verf. die Indikationen bei den einzelnen Lähmungsformen an den unteren Extremitäten und unter Hinweis auf einige gut gelungene, schematische Abbildungen das Operationsverfahren der periostalen Methode.

Das beigegebene Literaturverzeichnis enthält die Arbeiten von 176 Autoren.

J. Riedinger (Würzburg).

---

30) **Ledo.** El plombo laminado como tratamiento por excelencia de las ulceras varicosas.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1905. Nr. 882.)

Empfehlung einer neuen nach L. unfehlbar sicher wirkenden Methode zur Heilung des Ulcus cruris. Dieselbe besteht in dem Auflegen von $^4/_{10}$ mm dicken Bleifolien auf das Geschwür; das letztere wird nach Möglichkeit mit sehr heißem Wasser gereinigt und hierauf wird die Bleifolie aufgelegt, die so zurecht geschnitten wurde, daß ihre Ränder die Geschwürsränder etwas überragen und so komprimieren können. An einer Stelle sorgt ein kleiner Ausschnitt an dem Bleifolienrand für den Abfluß des Sekrets resp. des Eiters. Das Blei wird mit Watte und Binden anbandagiert und alle 24 Stunden ge-

wechselt. Die Reinigung und Vernarbung soll unter diesem einfachen Verbande überraschend schnell vor sich gehen. Die Kur kann ambulant durchgeführt werden. Die Bleifolie soll auch nach vollkommener Vernarbung noch einige Tage getragen werden.

Stein (Wiesbaden).

---

31) **Brandenberg.** Über Stellungs- und Haltungsanomalien rachitischer Kinder.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Verf. macht auf eine für Orthopäden wichtige Arbeit von E. Hagenbach-Burckhardt (Basel): Klinische Beobachtungen über die Muskulatur der Rachitischen (Jahrb. für Kinderheilkunde N. F. Bd. LX Hft. 3) aufmerksam. Hagenbach weist z. B. nach, daß die Ursache des Pes valgus rachit. vor allem in der rachitischen Kindern eigenen Schlaffheit der Muskeln zu suchen ist, und daß die Belastung als wirkendes Moment anzunehmen erst viel später Berechtigung findet. Mit der Erschlaffung der Muskeln hängt auch die Überbeweglichkeit der Gelenke zusammen. Spontane Heilung wird sehr häufig beobachtet.

J. Riedinger (Würzburg).

Kleinere Mitteilungen.

32) Reports of the Boston city hospital. XV. series. 1905.

Der Hospitalbericht des Bostoner städtischen Spitals enthält folgende Arbeiten, welche chirurgisches Interesse beanspruchen:

Lund stellt 19 Fälle von traumatischer Darmruptur zusammen und unterscheidet ätiologisch vier Arten: Die erste umfaßt Fälle, bei denen das verletzende Objekt gegen den Bauch geschleudert wurde. Es werden vier Fälle beschrieben. Die zweite Kategorie, die durch vier Fälle repräsentiert wird, enthält Verletzungen, welche durch Schlag auf eine Hernie entstanden sind. In der dritten Gruppe werden drei Hufschläge und in der vierten solche Fälle registriert, die durch Sturz entstanden. Verf. mißt der Ätiologie deswegen so große Bedeutung zu, weil das Allgemeinbefinden über die vorhandene Ruptur oft hinweg zu täuschen vermag. Für zweifelhafte Fälle empfiehlt er die probatorische Laparotomie.

Die Nierenchirurgie ist von Francis Watson bearbeitet. Es wurden 12 (4 †) Nephrektomien nach der abdominalen und kombinierten und 6 (1 †) nach der lumbalen Methode ausgeführt. Unter zehn Nephrotomierten starben zwei. Sieben Steinoperationen und 12 Nephropexien hatten keine Mortalität. Ein Pat. mit Ruptur einer hydronephrotischen Niere, welche Verletzung durch eine übergroße Muskelanstrengung verursacht wurde, genas.

Crandon berichtet über die Mortalität der letzten 10 Jahre bei Operationen der Wahl. Bei den radikal operierten Nabelbrüchen ergab sich eine Mortalität von 11%. Die Todesursache derselben war in der Mehrzahl Lungenembolie.

Aus der Knochenchirurgie sind die Arbeiten von Monks und Lothrop.

M. bespricht den Wert einer beharrlichen konservativen Behandlung nicht konsolidierter Frakturen an der Hand eines Falles, bei dem beide Unterschenkel gebrochen waren. Die Konsolidation trat erst 3 Jahre nach dem Unfall und 2 Jahre nach der Resektion der Fragmentenden ein. Der Kranke erlangte wieder volle Erwerbsfähigkeit.

L. bespricht die operative Behandlung alter Colles'scher Frakturen (10 Fälle) und gelangt zu folgenden Schlüssen: Die schlechten Resultate sind sowohl auf die

Nachläßigkeit der Verletzten wie auf die Behandlung zurückzuführen. In den ersten 3 Wochen ist eine Refrakturierung am Platze. Darüber hinaus werden gute Resultate nur durch die Osteotomie erzielt. Die Fälle, welche über 2 Monate alt sind, sollen nur mit Auswahl operiert werden. In noch viel größerem Maße muß eine solche bei Frakturen, welche über 6 Monate betragen, getroffen werden. Es ist zu berücksichtigen, daß es wohl schon gelingt, die Dislokation nach rückwärts und aufwärts zu beseitigen, schwer aber diejenige nach der Seite. Die Beseitigung letzterer erfordert die Osteotomie der Ulna. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

33) **S. Suzuki.** Notes on experiences during the russo-japanese naval war, 1904—1905.

(Brit. med. journ. 1905. Oktober 28.)

S. hat als Generalstabsarzt der japanischen Flotte den Seekrieg an Bord des Flaggschiffes von Togo, der »Mikasa«, mitgemacht und berichtet hier über seine Erfahrungen. Noch bevor die Feindseligkeiten eröffnet wurden, gab er allgemeine Anordnungen in der Richtung, daß die Grundsätze der Asepsis anzuwenden seien, daß größere Operationen an Bord möglichst zu vermeiden wären, daß die Verwundeten nach Beendigung des Gefechtes möglichst bald auf die Hospitalschiffe gebracht werden sollten zur Überführung in die Lazarette am Land. Obwohl die Erreichung völliger Asepsis an Bord unmöglich ist, haben die Ergebnisse bewiesen, daß die entgegenstehenden Schwierigkeiten mit Erfolg bekämpft worden sind. — Die Gesamtverluste betrugen vom Februar 1904 bis zum August 1905 3682, davon 1891 Tote, 1791 Verwundete; von letzteren starben später noch 117. Von den 1891 Toten sind 1445 Ertrunkene (Minenexplosionen!) und 563 den Gefechtsverletzungen Erlegene. (Die Zahlen stimmen unter sich nicht überein. Ref.) Von den 1791 Verwundeten mußten 647 Hospitalsbehandlung in Anspruch nehmen, mit 32 Todesfällen. — Die aseptischen Maßnahmen waren die allgemein üblichen. Bei Verwundungen wurde die Haut um die Wunde mit sterilem Wasser, Seife und Bürste, darauf mit Sublimat und endlich wieder mit sterilem Wasser gereinigt; im Notfalle begnügte man sich mit absolutem Alkohol. Während eines Gefechtes beschränkte man sich auf die »erste Hilfe«: Unterbindungen, Kompression, Anlegung von Schienen, Reinigung und Trocknen, steriler Verband. Nach dem Gefecht Überführen der Verwundeten in die Lazaretträume, genaue Untersuchung der Wunden, Entfernung leicht erreichbarer Splitter, Tuchfetzen, und, wenn möglich, Hautnaht. S. glaubt auf Grund seiner Erfahrung, daß die Bedeckung einer Wunde mit Haut von großem Vorteil war.

Der ideale Verbandplatz an Bord eines Schiffes muß unterhalb der Wasserlinie gelegen sein mit Vorkehrungen für gutes Licht, Lüftung und Aufzügen zum Hinabschaffen der Verwundeten; aber bisher sind die technischen Schwierigkeiten bei Beschaffung eines solchen Verbandplatzes so groß, daß in diesem Krieg auf allen größeren Fahrzeugen der Verbandplatz auf dem immer noch über der Wasserlinie gelegenen unteren Deck angebracht werden mußte. Jedes Schiff muß zwei Verbandplätze haben, für den Fall, daß einer zerstört wird.

Recht schwierig war es, für die Verwundeten nach ihrer ersten Versorgung einen sicheren Unterkunftsort ausfindig zu machen. Auf Linienschiffen und Panzerkreuzern dienten dazu die Seitengänge des unteren Decks mit einem schmalen Durchgange zwischen den Reihen der Tragbahren. So konnten 60—70 Mann untergebracht werden. Wegen der engen, steilen Zugänge, wegen des Mangels an Licht und Luft mußte man auf die Räume unter der Wasserlinie verzichten. Nachdem einmal auf der »Mikasa«, die als Flaggschiff mit Vorliebe als Zielscheibe vom Feind angesehen wurde, während der Darreichung »erster Hilfe« sieben Krankenträger getötet und ebensoviele verwundet worden waren, schaffte man die Verletzten sofort zu den Verbandplätzen, ohne »erste Hilfe«. Nach japanischer Sitte trug gewöhnlich ein einzelner Mann den verwundeten Kameraden auf dem Rücken zum Verbandplatze.

Wegen der meist umfangreichen Verletzungen durch schweres Geschütz in Seekämpfen mußte auch das Verbandpäckchen einen größeren Umfang haben.

Es bestand aus vier Stücken Sublimatgaze, 24 Zoll lang und 4 Zoll im Quadrat verpackt, und war sehr leicht und schnell zu öffnen. Wichtig sind 3—4 Operationsanzüge zum Wechseln. Eine große Erleichterung zur Identifikation der Toten waren die bei den Japanern üblichen kleinen hölzernen Täfelchen mit Namen und Stellung, die jeder am Körper trägt.

Einen vorzüglichen Schutz vor Splitterungen und dadurch verursachten schweren Verletzungen bildet die Umhüllung gefährdeter Gegenstände mit Hängematten, die S. dringend empfiehlt. Er sah eine ganze Reihe von Beispielen, wo zahlreiche Sprengstücke und Splitter, in solche Hängematten eingebettet, keinen Schaden mehr haben anrichten können. Den besten Schutz vor Verbrühungen mit Wasserdampf und Verbrennungen mit Pulvergasen bildet die Bedeckung des Körpers mit Kleidungsstücken. In zahlreichen Fällen wurden so nur Hände und Gesicht verbrüht. Sehr wesentlich für die glatte Heilung der Wunden ist reines Unterzeug, vor jedem Gefecht frisch angezogen. Beim Ausströmen von Dampf aus platzenden Röhren vermeidet man die Verbrühung am besten, indem man sich flach niederlegt. Zahlreich sind die Berichte über Trommelfellrupturen und Labyrintherschütterungen infolge des Geschützfeuers. Mehrere Fälle derart kamen auch vor trotz sorgfältigster Ausstopfung der Ohren mit Watte.

Die Zerreißung war die charakteristische Form der Wunden sowohl in Weichteilen wie in Knochen. Dabei waren die Einschüsse gewöhnlich kleiner als die Ausschüsse; zuweilen allerdings verhielt es sich auch umgekehrt. Sprengstücke in den Wunden waren unter Umständen größer als die von ihnen gesetzten Einschüsse. Arterienschüsse waren häufig, arterielle Blutungen aber selten! Frakturen waren meist mit Splitterungen verbunden, zuweilen gab es nur eine Fissur. Sprengstücke von Granaten sind als aseptisch zu betrachten, dagegen bedeutet fortdauernde Eiterung sehr oft Anwesenheit von Kleidungsresten in der Wunde. Eine Person erleidet meist mehr als eine Verwundung; man fand bis über hundert.

Zur Charakterisierung der Wunden diene folgende Zusammenstellung: Quetschwunden 480, — Abrasionen 212, — schnitt- und punktförmige Wunden 26, — Zerreißungen 691, — Verbrühungen 129, — Frakturen 237, — Explosivwunden 570, — Erstickungen 25, usw.

Weiterhin berichtet S. über einige interessante Fälle von Operationen, über das Vorkommen von venerischen Krankheiten, von Seuchen, über die Kost, die Wasserverpflegung, Erholungen durch Sport, Spiele usw., über die zwei Hospitalschiffe, über das Auftreten von Typhus (bis Ende Juni 1905 241 Fälle), von Dysenterie (151 Fälle).

Weber (Dresden).

34) **A. Young.** Gunshot wounds of peripheral nerves.

(Separatabdruck aus dem »Official surgical report on the Southafrican war«.)

Fraglos spielen bei den Schußverletzungen in den heutigen Kriegen Schädigungen der peripheren Nerven eine hochbedeutsame Rolle, da gerade diese Schädigungen recht wohl geeignet scheinen, den Nutzen des konservativen Verfahrens, besonders bei Extremitätenschüssen, in Frage zu stellen. So dürfte also dieser offizielle Bericht aus dem südafrikanischen Kriege mit großem Interesse zu lesen sein. Verf. berichtet in allen Einzelheiten über insgesamt 16 Nervenverletzungen, 15 nach Schußwunden, eine nach Bajonettstich. Was die Schußwaffen angeht, so waren zehn Wunden durch Mausergewehre, eine durch Lee Metford-, eine durch Martinigewehr hervorgerufen, eine durch Schrapnellstücke und zwei durch Patronenhülsenstücke. Bei kurzer Geschoßbahn fanden sich die schwersten Nervenverletzungen; allmählich mit der größeren Entfernung wurden die Schädigungen leichter. Die schwereren Erscheinungen bei Schüssen aus größerer Nähe beruhten größtenteils auf den schwereren Zellgewebsverletzungen, die in der Folge ungünstigere Verhältnisse für die Nerven schufen; diesem Umstande waren auch die schwereren Nervenschädigungen durch Schrapnellgeschosse zuzuschreiben.

Was die Verteilung der betroffenen Nerven angeht, so ist zu bemerken, daß von 16 Fällen 14 den Hals und die oberen Extremitäten betrafen, sieben Verletzungen betrafen die Nn. ulnaris und medianus. Die Diagnose der akuten Nerven-

verletzung war nicht selten schwierig, besonders da dem Verf. elektrodiagnostische Apparate nicht zur Verfügung standen.

Prognostisch war der aseptische Verlauf bzw. Eiterung von einschneidender Bedeutung, insbesondere in bezug auf die endgültige Heilung; in zweiter Linie wurden die Endresultate durch Neuritis gefährdet.

Verf. teilt seine Fälle ein in 1) direkte Schußverletzungen des Nerven, 2) indirekte, wo der Nerv durch Narben- oder Calluskompression in Mitleidenschaft gezogen wurde. Will man die Nervenverletzungen in der üblichen Weise in Erschütterung, Kontusion, Lazeration, Trennung und sekundäre Einbettung in Narben usw. einteilen, so ist zu bemerken, daß Verf. sich der sogenannten Commotio nervi gegenüber absolut ablehnend verhält. Hiervon sah er keinen einwandsfreien Fall, wohl aber sah er Fälle, wo nach Lage der Sache eine solche Commotio hätte zu konstatieren sein müssen, ohne daß indessen Anzeichen dafür vorhanden waren.

Im Verlaufe der Heilung kehrte die Sensibilität in der weitaus größten Zahl der Fälle zuerst wieder, nachher die motorischen Funktionen. In einem Falle, wo der Nervus medianus 11 Wochen vorher durchtrennt war und eine absolute Funktionslosigkeit bestand, kehrte 24 Stunden nach der Nervennaht die volle Sensibilität dauernd wieder.

Die Behandlung der Verletzungen bestand in Ruhigstellung für 2—3 Wochen und dann anschließender Massage. Verf. ist ein Freund von nicht zu spät einsetzender operativer Behandlung. Was die Endheilungen angeht, so konnte Verf. nur einige wenige Fälle verfolgen; hier war indessen die Funktion gut bis leidlich.

Die sogenannten trophischen Nervenfunktionen hält Verf. als möglicherweise in engster Beziehung zu den Vasokonstriktoren und Dilatatoren stehend.

Der Bericht ist interessant, und insbesondere sind die vorzüglichen Skizzen, die von allen Fällen vorliegen, außerordentlich instruktiv.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

35) **O. Ringleb.** Operationstisch für Bauchlage mit freier Beckenplatte und Schamteilausschnitt am Vorderrande.

(Ärztl. Polytechnik 1906. Januar.)

Mit obigem Operationstische hat R. sich wirklich um die Chirurgie des Urogenitalsystems verdient gemacht; denn jeder Chirurg weiß, wie schwierig und unbequem unsere bisherigen Operationstische sind, sobald die Bauchlage des Kranken, besonders des Narkotisierten, nötig wird. Der Oberkörper- und Bauchteil sind in jedem Winkel zueinander verstellbar. Der Bauchteil hat am untersten Ende einen Ausschnitt zur Aufnahme der Symphyse, des Penis und Scrotum, welch letztere frei herabhängen und leicht zugänglich sind. Die Beine ruhen auf Beinstützen, die, in jedem Winkel verstellbar, am Operationstisch angeschraubt werden. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

36) **Onodi.** Paraffinspritze.

(Ärztl. Polytechnik 1906. Januar.)

Paraffin von 48° Schmelzpunkt wird, sei es in Glastuben, sei es in Metalltuben, steril bereit gehalten. Die Spritze hat einen doppelten Mantel, und zwar ist der innere Mantel ein Metalltubus, den man herausnehmen und durch einen solchen mit Paraffin gefüllten ersetzen kann, um die Spritze mit Metallschraubstempel sofort in Aktion treten zu lassen. Wird das Paraffin in Glastuben beigegeben, so stößt man es mittels eigenen Metallstabes in den leeren Innentubus hinein usw. Das Paraffin wird somit kalt injiziert. Abbildung im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

37) **C. Mirtl.** Ein neuer Heißluftapparat.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Dezember.)

M. hat sich die Aufgabe gestellt, einen wirklichen Trocken-Heißluftapparat zu konstruieren, in welchem kein Schweißwasser, Spiritus- oder Gaswasser vorkommt,

wie es bei den Quincke'schen Apparaten mit Schornstein der Fall ist, welche eigentlich mehr Dampfkasten sind. Reine atmosphärische Luft wird angeheizt dem Belegkasten zugeführt, aller Wasserdampf geht durch den Schornstein des Vorwärmers ab. Spiritus oder Gas können gleich leicht zum Heizen verwendet werden. 4 Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

38) **Schäffer.** Universalpendelapparat.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Dezember.)

Obiger Apparat ist besonders konstruiert für pendelnde Bewegungen der Finger- und Handgelenke; er ermöglicht, jedes Fingergelenk für sich zu fassen und zu bewegen. Dabei ist den physiologischen Verhältnissen besonders Rücksicht geschenkt. Das nähere muß im Original eingesehen werden, wo vier Abbildungen den Apparat erläutern. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

39) **E. Mayer.** Schiebeapparate für orthopädische Zwecke.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Einer Anregung von Schulthess folgend, hat Verf. an seinem Übungsapparat auch Gewichte angebracht (s. Zentralblatt für Chirurgie 1905 p. 1110). Ferner hat Verf. seinen Apparat vervollständigt durch Anbringung von Vorrichtungen für Supination und Pronation, sowie zur Korrektion von Spitz- und Hackenfußstellungen. Durch Vertauschung der verschiedenartig gestalteten Blöcke kann man mit dem einen Apparat Redressionsbewegungen für fast alle Gelenke der unteren Extremität vornehmen lassen. **J. Riedinger** (Würzburg).

40) **Gelinsky.** Zur Behandlung der Pseudarthrosen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Nach kurzer Übersicht über eine Anzahl bisher gebräuchlicher Methoden zur Behandlung der Pseudarthrosen (Schilddrüsenpräparate, Injektion reizender Flüssigkeiten, Blutinjektion nach Bier, Heteroplastik, Resektion und Restvereinigung) bespricht Verf. das osteoplastische Verfahren der Pseudarthrosenoperation. Die von Müller geübte Technik bestand kurz in Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens vom distalen Fragmentende mit der Basis am proximalen Fragmente. Nach Aufklappung des Lappens liegt die Fragmentstelle frei vor, die Fragmente können angefrischt und interponierte Weichteile entfernt werden. Der Lappen wird auf die adaptierte Bruchstelle fixiert und der Hautdefekt durch Naht geschlossen. Das Verfahren ist verschiedener Modifikationen fähig. Von den 24 Pseudarthrosen resp. verzögerten Konsolidationen wurden 13 nach der Müller'schen Methode operativ behandelt. Davon heilten 12 per prim. int. Bei einem an sich ungünstigen Falle kam es zu Lappengangrän. Einmal mußte die Operation wiederholt werden, weil das Knochenplättchen bei der Operation abgestreift worden war. Die Heilungsdauer bis zur Konsolidation schwankte zwischen 4 Wochen und 5 Monaten und dauerte am längsten bei alten Pseudarthrosen mit komplizierender Knochenatrophie. Das Verfahren eignet sich für die Abschnitte der Extremitäten, die nicht von einer zu dicken Weichteilschicht bedeckt sind.

Von den drei nach Bier behandelten Fällen trat bei zwei nach 3 resp. 9 Monaten keine Konsolidation ein, bei einem 3 Monate alten Unterschenkelbruch erfolgte sie nach 4 Monaten.

Verf. gelangt zum Schluß, daß die Müller'sche osteoplastische Pseudarthrosenoperation, zumal am Unterschenkel, erfolgreich mit den anderen bewährten Methoden in Konkurrenz treten könne. **Reich** (Tübingen).

41) **Ribera.** Análisis de la sangre en el diagnóstico quirúrgico.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1905. Nr. 873.)

Um zu einem endgültigen Urteile darüber zu gelangen, ob die mikroskopische Untersuchung des Blutes in der chirurgischen Praxis einen großen Wert hat und insbesondere, ob sie differentialdiagnostisch und prognostisch bei bestimmten

Krankheitsformen sichere und untrügliche Schlüsse gestattet, hat R. in seiner Klinik an mehr als 200 Kranken vor und nach der Operation genaue Blutuntersuchungen ausführen lassen. Er steht hiernach der Sache äußerst skeptisch gegenüber und warnt dringend vor zu großen Hoffnungen, die herbe Enttäuschungen nach sich ziehen könnten. Was insbesondere die oft erörterte Frage betrifft, ob der günstige Einfluß der Laparotomie bei der tuberkulösen Peritonitis von der postoperativen Hyperleukocytose herbeigeführt werde, so hält R. diese Annahme für durchaus unsicher. In seinen Fällen schwankte die Leukocytenzahl nach der Operation zwischen 3500 und 25000. Bei Milzschwellungen kann man event. die Entscheidung, ob operiert werden soll oder nicht, von der Leukocytenmenge abhängig machen; R. rät bei sehr hohen Zahlen (500000) dringend von der Operation ab. Bei akuten Eiterungen ist die Leukocytenmenge fast immer vermehrt; aber es ist verkehrt, die Diagnose hiervon abhängig zu machen, und insbesondere bei der Appendicitis kann man sichere Schlüsse nicht ziehen. Die Eosinophilie hat man als sicheres differentialdiagnostisches Zeichen für das Vorhandensein von Echinokokkuscysten verwenden wollen; R. zeigt an Beispielen, daß hierbei folgenschwere diagnostische Irrtümer möglich sind. Von sehr gewandten Chirurgen wurde bei einer Kranken infolge starker Eosinophilie im Verein mit anderen Symptomen eine Echinokokkuscyste in der Milz diagnostiziert. Die Laparotomie ergab absolut negativen Befund. Die Kranke war hochgradig hysterisch!

Stein (Wiesbaden).

42) **v. Saar.** Ein Fall von erworbener Elephantiasis der Kopfschwarte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Mit 7 Jahren stieß sich Pat., dessen Krankengeschichte beschrieben wird, mit dem Kopf an einen Fensterflügel; im Anschluß daran entwickelte sich eine weiche, mandelkerngroße Geschwulst. Mit 13 Jahren stürzte Pat. beim Schlittschuhlaufen wieder auf dieselbe Stelle, worauf die Geschwulst bis nußgroß wurde. Später vergrößerte sie sich so, daß sie durch Herabhängen über das Auge beim Sehen hinderte, weshalb der Kranke die Exstirpation forderte. Makroskopisch wie mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Elephantiasis arabum oder Pachydermia acquisita. Nur ein Unterschied wurde gegenüber einem anderen Präparate von derselben Krankheit konstatiert. Während nämlich bei dem Kontrollpräparate die Blutgefäße strotzend erweitert waren, viel Blut enthielten und stellenweise Blutaustritte in das umgebende Gewebe zeigten, waren im vorliegenden Falle die Gefäße spärlich, eng, fast ganz leer und in ihrer Wand verdickt. Es handelte sich also wahrscheinlich in Anbetracht der vorgefundenen und die Gefäßänderung verursachenden Bindegewebswucherung um ein regressives Stadium. Ob dies einen Vorgang der Selbstheilung darstellt, muß dahingestellt bleiben.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

43) **J. E. Chambers** (St. Louis). Insanity a symptom of old fracture of skull. Operation. Recovery. A medico-legal case.

(Amer. journ. of surg. 1906. Januar.)

Beschreibung eines Falles von maniakalischem Irresein, 3 Jahre nach einem Trauma durch Schlag über den Kopf. Nach 3monatigem Irresein, als der Kranke, von den Irrenärzten für unheilbar erklärt (akute Demenz), in eine entsprechende Anstalt transferiert werden sollte, wurde C. von den Freunden des Kranken zugezogen und fand nun bei starkem Druck eine sensitive Zone in der rechten Scheitelbeingegend mit allen Zeichen einer »frischen« (?) Fraktur. Bei Prüfung dieser Stelle krümmte sich der Kranke, sein Gesicht wurde blaß, die Augen gläsern, die Pupillen weit, es trat Herzschwäche und Kollaps ein. Bei Aufhören des Druckes schwanden die Symptome bald.

C. versicherte sich erst durch eine Jury seines Rechtes auf operativen Eingriff und Bezahlung und entfernte dann durch Trepanation mit dem Meißel ein Stück von ca. 1 : 2 cm Größe, das sowohl in Tabula externa wie interna verdickt war

und Spuren einer alten Fraktur zeigte. Die nicht eröffnete Dura war nirgends verwachsen. Rasche Erholung, Gewichtszunahme, Entlassung nach 3 Wochen, Wiederaufnahme des Dienstes als Polizist nach 10 Wochen.

Die beigegebenen Figuren sind etwas kindlich und wertlos. Die Redaktion des Journals bedauert selbst in einer Anmerkung, daß bei dem Interesse, das der Fall erweckt, keine Angaben über periphere Sensibilität und Motilität, den Augenhintergrund, über die Hirnregion, welcher dem verdickten Knochen entsprach usw., gemacht sind; sie bezweifelt, ob wirklich eine dauernde Heilung vorliegt, da die Beobachtungszeit nach und die Zeit des Irreseins vor der Operation nur 3 Monate betrug. Ref. möchte sich dem anschließen und auf die Möglichkeit eines »funktionellen« Irreseins hinweisen. Die Beobachtung erinnert an einen von Bonhoeffer beobachteten, von v. Mikulicz operierten und von ersterem als »eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild« im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (Jahrg. XXVI, Nr. 1) beschriebenen Fall.

Goebel (Breslau).

44) **H. Pringle.** Remarks on the closure of gaps in the skull with notes of cases.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 3.)

An der Hand von sechs Fällen empfiehlt P. die Deckung von Lücken der Schädelknochen mit Zelluloidplatten nach der von Fränkel eingeführten Methode und zieht sie der bis dahin von ihm geübten König-Müller'schen Osteoplastik vor. Die Fälle betreffen eine Knochenlücke nach Operation eines Gummas am Stirnbeine von 5,5 : 4,5 cm, die 8 Jahre später bei einer Nachuntersuchung ein vorzügliches Ergebnis darbot; eine schwere Splitterfraktur, bei der 5 Monate später die Zelluloidplatte wegen Eiterung entfernt werden mußte; einen Bruch mit Zerreißung der Art. meningea media, bei dem von zwei an verschiedenen Stellen eingepflanzten Zelluloidplatten eine wegen Eiterung sich ausstieß, die andere bei der Nachuntersuchung 2 Jahre später reizlos eingeheilt war; eine traumatische Epilepsie, bei der ein Schädeldefekt von 4 : 4,5 cm mit Zelluloid gedeckt wurde und bei der die Untersuchung $3^1/_2$ Jahr später reizlose Einheilung ergab, allerdings ohne irgendwelche Beeinflussung der Epilepsie; einen Splitterbruch des Scheitelbeines, bei dem eine Platte von 5 : 9,5 cm reizlos eingeheilt war, wie die Untersuchung nach $3^1/_2$ Jahren ergab; einen Schädelbruch mit Blutung aus der Art. meningea media, bei dem die Zelluloidplatte wieder herauseiterte. Also unter sieben Einpflanzungen vier volle Erfolge.

Das anstatt des Knochens in die Lücke einzupflanzende Material muß vor allem nicht porös sein, damit es nicht für Granulationen durchdringlich ist und damit Verwachsungen mit Dura und Gehirn erlaubt. Ferner muß es zäh, widerstandsfähig, glatt, nicht resorbierbar sein und sich — erwärmt — formen lassen. Alle diese Eigenschaften besitzt das Zelluloid. Hauptbedingung aber zur Einheilung ist völlige Asepsis.

Weber (Dresden).

45) **Helsmoortel.** Ponction lombaire dans les affections de l'oreille.

(Ann. de la soc. méd.-chir. d'Anvers 1905. November.)

In drei Fällen von Schwerhörigkeit, verbunden mit Schwindel, wurden durch Lumbalpunktion 20 bis 25 g Flüssigkeit entleert, worauf der Schwindel sich ganz verlor, die Schwerhörigkeit sich erheblich besserte. In einem von den Fällen wurden in zwei Sitzungen 25 und 20 g entleert. Sklerose und cicatrizielle Otitis mit Schwindel sind Hauptindikationen. Die Operation ist vollkommen gefahrlos.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

46) **Botey.** Ozenas tratados con las inyecciones de parafina.

(Rev. de med. y cirurg. pract. de Madrid 1905. Nr. 871.)

B. berichtet über einige vorzügliche therapeutische Resultate von Paraffininjektionen bei sehr hartnäckigen und langwierigen Ozaenafällen. Die Einsprit-

zungen wurden in die untere Muschel gemacht und ein Paraffin vom Schmelzpunkte 40° in Anwendung gezogen. Die Einspritzungen mußten zuweilen viele Monate fortgesetzt werden, führten aber schließlich doch immer zum Ziele, indem Sekretion, Krustenbildung, sowie übler Geruch verschwanden. Irgendwelche unangenehmen Zufälle sind nicht zur Beobachtung gelangt; manchmal trat leichtes Ödem der Augenlider und der Wangengegend der injizierten Seite auf, das indessen ausnahmslos nach 24—48 Stunden, zum Teil unter Anwendung von kalten Kompressen, behoben war. Im Anschluß hieran wird noch über einige Fälle von Paraffininjektionen zur Korrektur von Sattelnasen traumatischen Ursprunges berichtet. Einer dieser Fälle bietet insofern einiges Interesse, als es gelang, das Paraffin, das sich sekundär etwas gesenkt hatte und seitlich der Nase zu palpieren war, durch Auflegen von heißen Kompressen subkutan zur Verflüssigung zu bringen und wieder an seinen ursprünglichen Platz zu verdrängen, wo es dann dauernd blieb.

Stein (Wiesbaden).

47) **T. Meissl.** Zur Wangenplastik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

M. veröffentlicht die Krankengeschichte zweier Fälle, bei denen Wangendefekte dadurch gedeckt wurden, daß die Zunge längs des Defektes parallel zum Mundhöhlenboden gespalten, auseinander geklappt und in den Defekt hineingepaßt wurde. Außerdem wurde auch noch ein Hautlappen vom Halse zum völligen Verschluß des Defektes verwendet. An den Abbildungen wird das Verfahren, das für ausgedehntere Geschwulstexstirpationen brauchbar ist, leicht verständlich. Verengerung des Mundes wird durch die Methode gut vermieden; Sprache und Fähigkeit zu essen werden durch sie gar nicht behindert.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

48) **H. Seidel.** Melanosarkom des harten Gaumens. Ein Beitrag zur doppelseitigen Oberkieferresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXX. p. 209.)

Bericht über einen im Berlin-Friedrichshainer Krankenhaus operierten Fall, eine 55jährige Frau betreffend. Die Neubildung, von dem Alveolarfortsatz ausgegangen, erstreckte sich auf den harten Gaumen. Linkerseits einige metastatisch erkrankte Halsdrüsen. Bei der Operation wurden zunächst die Halsdrüsen exstirpiert und gleichzeitig die Carotis ext. unterbunden. Dann Hauptoperation in steil sitzender Lage bei leichter Morphium-Chloroform-Mischnarkose. Schnittführung: Spaltung der Oberlippe, dann nach beiden Seiten hin Umschneidung der Nasenflügel, Fortsetzung des Schnittes nach oben und zuletzt seitlich durch die Backe. Meißelresektion beider Oberkiefer in einem Stücke mit Konservierung der Orbitalplatten. Während linkerseits die Blutung mäßig war, erfolgte rechts aus der Gaumenflügelgrube starke Blutung, die Tamponade und rasche Operationsbeendigung erforderlich machte. Herunterklappung der Kiefer wie am Scharnier, Abtrennung des weichen Gaumens, der mit einigen Nähten an die Wangen befestigt wird. Glatter Heilungsverlauf, währenddessen Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd gute Dienste taten. Kurze Zeit nach der Heilung Tod an Lungenembolie, ausgehend von Thrombose der Vena iliaca sinistra. Die Sektion ergab Metastasen der Geschwulst (Sarkom), welche übrigens nicht pigmentiert waren.

Dem Krankenberichte folgt eine Zusammenstellung von elf älteren Fällen von pigmentiertem Gaumensarkom und technische Erörterungen über Methoden zur Oberkieferresektion, insbesondere der doppelseitigen, mit Berücksichtigung der neueren hergehörigen Literatur. (Verzeichnis letzterer, 43 Arbeiten enthaltend.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

49) **Amberger.** Halbseitenläsion des oberen Halsmarkes durch Stich. Beginnende Meningitis. Heilung durch Operation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Verf. teilt einen Fall von Stichverletzung des Halsmarkes mit Brown-Séquard'scher Halbseitenlähmung mit, der deshalb besonderes chirurgisches In-

teresse hat, weil es durch operative Eröffnung und Drainage des Duralsackes gelang, die beginnende akute Meningitis aufzuhalten und den Pat. zur Heilung zu bringen. Dieser Fall scheint für die chirurgische Behandlung der eitrigen Meningitis, wie sie jüngstens von Kümmell empfohlen wurde, zu sprechen.

Reich (Tübingen).

50) **F. Kopits** (Budapest). Eine kombinierte Methode der photographischen Skoliosenmessung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

In dem Bestreben, eine Methode zu finden, die das Bild der Skoliose plastisch wiedergibt, fand Verf., daß dieser Anforderung Genüge geschehe durch die schon von Lorenz empfohlene stereoskopische Photographie. Er beschreibt näher das von ihm ausgebildete Verfahren. Wichtigere Punkte und Linien werden auf dem Körper der Pat. mit Dermograph bezeichnet. Durch Zeichnung der Umrisse auf den Körper und photographische Aufnahmen gelingt es auch, brauchbare Bilder, welche schematisch die frontale Projektion des Rumpfes wiedergeben, zu gewinnen. Die seitliche Abweichung der Wirbelsäule kann dadurch noch mehr markiert werden, daß um den Hals des Kranken eine mit Senkblei versehene Schnur befestigt wird, welche von der Vertebra prominens bis zur Rima ani frei herabhängt. Der Umfang des Thorax wird gemessen durch einen starken Bleidraht.

J. Riedinger (Würzburg).

51) **Lehmann und Stapler.** Pleuritis exsudativa im Röntgenogramme.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Verf. beschreiben einen Fall, in dem das Röntgenbild einen nahezu kreisrunden, völlig glatten Schatten zeigt, welcher viel mehr einer Cyste als einem abgekapselten Exsudate zu entsprechen schien. Wie die weitere klinische Beobachtung zeigte, handelte es sich doch um ein Exsudat pleuritischen Ursprunges, das allmählich mehr und mehr zurückging und später auch auf dem Röntgenbilde nur mehr den Schatten zeigte, wie wir ihn bei pleuritischen Schwarten zu sehen gewöhnt sind.

Gaugele (Zwickau).

52) **Lehmann und Schmoll.** Pericarditis adhaesiva im Röntgenogramm.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Nach genauerem Eingehen auf die bisher bekannten Veröffentlichungen besprechen Verff. zunächst die Technik der Röntgenuntersuchung, welche zuerst vor dem Orthoröntgenographen zu geschehen hat. Ihr erst folgt die Anfertigung der Röntgenogramme, entsprechend der Angabe von Moritz in ventrodorsaler Durchstrahlung, womöglich während Atemstillstandes in forcierter Inspiration und Exspiration. Ein wichtiges Zeichen ist das »Broadbents sign«, die Einziehung der hinteren knöchernen Thoraxwand (nicht der Zwischenrippenräume), entsprechend etwa der 9.—11. Rippe, etwa 5—10 cm links der Wirbelsäule. Seinen Ursprung verdankt dieses Symptom gewissen Verwachsungen: 1) einer breiten Verwachsung des Herzbeutels mit dem Zwerchfell, 2) einer Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzmuskel, 3) einer Fixation des Herzens entweder an der vorderen Brustwand oder im Mediastinum.

In ihren (drei) Fällen fanden Verff., ähnlich wie Stürtz, folgende Charakteristika im Röntgenbilde der Perikardverwachsungen:

1) Bandartige Ausfüllung einer oder beider Herz-Zwerchfellwinkel. 2) Deutliche Zackenbildung der Herzschattenkonturen. 3) Eine gleichsam verwischte, undeutliche, flatternde Herzpulsation, entsprechend der Überdeckung der Herzränder durch breite Verwachsungen. 4) Verringerte Bewegung des Zwerchfells als Ausdruck basaler Fixationen — in Fällen, wo die betreffende Lungenseite keine sonstige Erkrankung als Ursache derselben erkennen läßt.

Gaugele (Zwickau).

53) **A. Silberstein.** Angeborene Thoraxdefekte.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Zwei Beobachtungen in der Hoffa'schen Klinik, welche einen 9jährigen Knaben und ein 5 Monate altes Mädchen betreffen mit mehr oder weniger ausgedehntem, angeborenem Fehlen von Rippen, geben Verf. Veranlassung, das bisher hierüber in der Literatur bekannt Gewordene zusammen zu stellen.

J. Riedinger (Würzburg).

54) **Schlagintweit.** Über einen Fall von Luxatio femoris suprapubica sinistra, ausgelöst durch ein Osteochondroma femoris.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Die seltene Verrenkung wurde durch eine ganz geringfügige Ursache ausgelöst, indem Pat. auf einem Stückchen Kohle zum ausgleiten kam. Ihr Zustandekommen wurde durch ein vom Trochanter ausgehendes und bis an das Os ischii hinziehendes Osteochondrom wesentlich begünstigt. Von dem Vorhandensein dieser Knochengeschwulst hatte Pat. zuvor gar keine Ahnung gehabt. Das Röntgenbild zeigte, daß die Geschwulst an der Peripherie sich entwickelte und nicht aus dem Innern des Knochens stammte.

Die Reposition nach der Kocher'schen Methode gelang. Einige Monate darauf wurde die ganze Geschwulst, die sich als gutartiges Osteochondrom erwies, entfernt. Pat. ist heute wieder voll erwerbsfähig. **Gaugele** (Zwickau).

55) **Moreau.** Contribution à l'étude du traitement de l'anevrisme du creux poplité par injections de sérum gélatiné.

(Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1905. Juli.)

Nachdem Le Dentu ein großes Aneurysma der Art. tib. post. durch subkutane Injektion von 200 g 2%iger Gelatine zur Heilung gebracht, versuchten Lancereaux und, mit weniger Glück, Reynier und Gérard-Marchant dasselbe Verfahren. M.'s Fall betrifft einen 44 Jahre alten Schreiner, der bei der Arbeit plötzlich einen reißenden Schmerz in der linken Kniekehle spürte. Es bildete sich ein Aneurysma. M. machte eine subkutane Injektion von 200 g Gelatine in das Fett an der Innenseite des Oberschenkels. Der Fall verlief unter wechselndem Fieber, Blauwerden der Zehen usw. bei allgemeinem Unwohlsein derart, daß es in der 2. Woche zu deutlicher Gangrän des Unterschenkels kam, worauf am Oberschenkel amputiert werden mußte. Heilung. Der aneurysmatische Sack, von der Art. poplitea gebildet, zeigte sich vollgepfropft von Blutklumpen.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

56) **Stainforth.** Oedemes durs traumatiques.

(Arch. méd. belges 1905. November.)

Ein Soldat zog sich eine Quetschung der rechten inneren Kniegegend zu, konnte jedoch noch Dienst tun. Nach 2 Tagen starke Schwellung des Gelenkes, an welche sich eine Schwellung der Innenseite des Oberschenkels anschloß. Letztere bildete sich zu einem »harten Ödem«, einer Holzphlegmone in optima forma, aus. Heilung in 2 Monaten. — Nachdem Secrétan 1901 dieses Oedem dur des Handrückens in 28 Fällen zuerst beschrieben und diese Lokalisation für charakteristisch gehalten, hat die Kasuistik gezeigt, daß die Affektion auch an anderen Stellen, Fußrücken, Wade, Hals, Bauch und jetzt auch am Oberschenkel beobachtet ist. Man vergleiche hierüber die Arbeiten von Vulliet, Borchardt, Grünbaum, Immelmann, Kienboek, Cheinisse, Léon Gallez, Moreau, Géraud, Brouardel, Reclus, Merkel u. a. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. Sonnabend, den 7. April. 1906.

Inhalt: Hackenbruch, Zur Technik der Rückenmarksanalgesie. (Original-Mitteilung.)
1) **Rockey**, Querer Bauchschnitt. — 2) **Koch**, Ungewöhnliche Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes. — 3) **Morison**, Funktionen des Netzes. — 4) **Villemin**, 5) **Armstrong**, Appendicitis. — 6) **Hawkins**, Darmkrampf und Appendicitis. — 7) **Bennett**, Appendicostomie. — 8) **Murray**, Leistenbruch. — 9) **Menne**, Magenverletzungen. — 10) **Leven** u. **Barret**, Röntgenuntersuchung des Magens. — 11) **Bergmann**, 12) **Donati**, Magengeschwür. — 13) **Lieblein** und **Hilgenreiner**, Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanals. — 14) **Lenormant**, Mastdarmvorfall.
15) **Lomax**, Speiseröhrenzerreißung. — 16) **Bluyson**, Fremdkörper in der Speiseröhre. — 17) **Iden**, Bauchschuß. — 18) **Battle**, Akute Bauchkrankheiten. — 19) **Daxenberger**, Pneumokokkenperitonitis. — 20) **Morton**, 21) **Burfield**, 22) **Barrows**, 23) **Barnsby**, Appendicitis. — 24) **Carmichael**, 25) **Thomas**, Herniologisches. — 26) **Krumm**, Intraabdominale Hernien. — 27) **Pretzsch**, Netzdrehung. — 28) **Lapeyre**, 29) **Mitchell**, Perforierendes Magengeschwür. — 30) **Loeb**, Magen-Lungenfistel. — 31) **Perutz**, Magen-Dickdarmfistel. — 32) **Childe**, Magenresektion. — 33) **Haedke**, Darminvagination. — 34) **Danielsen**, Volvulus. — 35) **Kanzler**, Dünndarmkrebs. — 36) **Lindner**, Thrombose der Gekrösgefäße. — 37) **Kenyeres**, Selbstverstümmelung. — 38) **Zesas**, Hallux valgus.

Zur Technik der Rückenmarksanalgesie.

Von
Dr. Hackenbruch,
dirigierender Arzt am St. Josef-Hospitale zu Wiesbaden.

Um die Methode der Rückenmarksanalgesie Bier's in ihren Erfolgen sicherer zu gestalten und ihr die »Launenhaftigkeit« zu nehmen, ist eine zielbewußte Technik bei der Injektion in den Duralsack von größter Bedeutung. Den Mitteilungen von Dönitz auf dem Chirurgenkongreß (1905) beziehentlich der technischen Maßnahmen möchte ich auf Grund eigener Erfahrungen bei 85 Rückenmarksanalgesien (unter Benutzung von Stovain) folgendes hinzufügen.

Während ich anfänglich die Injektionsnadel zwischen den Dornfortsätzen des 2. und 3. Lendenwirbels bei sitzender, vornübergebeugter Position des Kranken einstach, ohne weiteres zu tun, als den Pat. vorher auf den nunmehr erfolgenden »Stich in den Rücken« aufmerk-

sam zu machen, änderte ich alsbald die Technik der Punktion auf Grund folgender Erfahrungen und Überlegungen.

Bei einem 268 Pfund schweren, sehr korpulenten Kranken, bei welchem trotz stark vornübergebeugter Haltung von den Wirbeldornfortsätzen nichts zu fühlen war, legte ich unter direkter Kokaininfiltration durch Längsinzision in der Mittellinie die Dornfortsätze des 2. und 3. Lendenwirbels unter einer gut 6 cm dicken Fettschicht frei, worauf die Lumbalpunktion so auffallend leicht gelang, daß sich mir der Gedanke aufdrängte, die Punktion des Duralsackes stets von einer Hautinzision aus vorzunehmen; denn ohne primäre Hautinzision wird die Punktionsnadel beim Vorwärtsschieben von der straffen dicken Rückenhaut fest eingeklemmt gehalten, wodurch mehr oder weniger das Gefühl beeinträchtigt wird, welches die Hand beim ruckweisen Eintritt in den Lumbalsack selbst empfindet. Während nun in der Folge die Erfahrung zeigte, daß die Lumbalpunktionen von einem kleinen Hautschnitt aus wesentlich erleichtert werden, veranlaßte mich zu diesem Vorgehen auch noch die Überlegung, daß die Punktion des Duralsackes von einer kleinen Hautwunde aus sicherlich aseptischer sein muß, als ohne dieselbe, weil trotz vorhergehender peinlichster Desinfektion der Rückenhaut es doch passieren kann, daß durch die Punktionsnadel in der Haut und deren Drüsenschläuchen befindliche Keime mit in den Duralsack verschleppt werden und infizierend wirken können. Durch die geringe Blutung aus der kleinen schlitzförmigen Hautwunde werden außer den etwa vorhandenen Keimen auch die letzten Spuren der in die Haut eingedrungenen Desinfektionsflüssigkeit abgespült; die Entfernung letzterer Flüssigkeit ist ebenfalls von einer gewissen Bedeutung, weil der Inhalt des Duralsackes gegen Antiseptika so sehr empfindlich ist.

Kurz gesagt verläuft die Rückenmarksanalgesierung folgendermaßen.

1) Desinfektion der Rückenhaut (auch Rasieren!) und Abspülen mit 0,8%iger sterilisierter Kochsalzlösung.

2) Hautquaddelinfiltration in der Mittellinie dicht unterhalb des 2. Lendenwirbeldornfortsatzes.

3) Spaltung der Haut im Bereiche der Quaddel auf $^1/_3$—$^1/_2$ cm Länge.

4) Einführung der Punktionsnadel mit Mandrin in die kleine Schlitzwunde einige Zentimeter tief.

5) Entfernung des Mandrin und Weiterschieben der Hohlnadel genau in der Mittellinie bis zu reichlichem Liquorabfluß.

6) Einspritzen der Stovain-Suprareninlösung.

7) Herausziehen der Nadel samt aufsitzender Spritze und Bedecken der kleinen Wunde mit Leukoplastpflaster.

Bei diesem Vorgehen wird einerseits die Gefahr einer Infektion des Duralsackes ausgeschlossen, andererseits kann ein Versagen der Rückenmarksanalgesie kaum vorkommen. Sollte in vereinzeltem Falle die Analgesie nicht genügen, so steht nichts im Wege, von der kleinen

Wunde aus nochmals Stovain-Suprareninlösung nachzuspritzen, wie wir dies einige Male unter Erreichung völliger Analgesie und ohne Schädigung der betreffenden Kranken getan haben.

Wiesbaden, den 20. März 1906.

---

1) **A. E. Rockey.** Transverse incision in abdominal operations.

(New York med. record 1905. November 11.)

R. spricht über die Entwicklung der Bauchinzisionen, welche kürzer und kürzer geworden sind, bis die Appendektomie jetzt mit einem Schnitte von $1^1/_2$ Zoll ausgeführt wird.

Einen weiteren Fortschritt bedeutet die transversale Inzision; denn die Spaltrichtungen der Haut der unteren Bauchgegend gehen parallel den Falten, d. h. quer mit einer kleinen nach unten gerichteten Kurve.

Der Hautquerschnitt ist schon in ausgedehnten Gebrauch gekommen für die Eröffnungen in der Mittellinie, aber der Autor wendet dasselbe Prinzip bei den Operationen am Blinddarm und Wurmfortsatz an, bei explorativen Laparotomien auf der rechten Seite; bei Kolostomie und Resektion des Dickdarmes auf der linken Seite.

Die Operation bei gewöhnlicher akuter, nicht perforativer Appendicitis oder bei der Operation im Intervall soll durch einen etwas unter $1^1/_2$ Zoll langen Querschnitt geschehen und dessen Mitte dem McBurney'schen Punkt entsprechen.

Dieser Einschnitt legt die Aponeurose des Obliquus externus frei, die leicht in doppelter Länge des Schnittes getrennt werden kann. Bei fetten Leuten muß der Schnitt 2 Zoll lang sein, schließlich kann er, wenn nötig, beliebig erweitert werden, bei ganz großer Ausdehnung bis zur Medianlinie. Die Rectusscheide wird dann längs der Außenseite eingeschnitten, wodurch man eine möglichst große Freilegung der Organe erreicht und so Resektion und Enteroanastomose ausgeführt werden können.

In den wenigen Fällen, in denen der Bauch drainiert werden muß, kann dies entweder an dem Kreuzungspunkte der Einschnitte der verschiedenen Schichten geschehen oder durch einen schmalen Schnitt in die Aponeurose des Obliquus externus, dort, wo sich die äußeren Enden des Hautschnittes und des tiefen Muskelschnittes übereinander legen.

Schließlich werden einige Fälle beschrieben, in denen schwierige Operationen mittels dieser Einschnitte ausgeführt wurden.

Loewenhardt (Breslau).

---

2) **Wilhelm Koch.** Arbeiten der chirurgischen Universitätsklinik Dorpat. Hft V. 1904. Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes[1].

Dorpat, **Anderson,** 1906.

I. Das Prinzip. Nachdem der Denker J. F. Meckel, ohne Beachtung zu finden, den Grundgedanken kurz aber bestimmt ausgesprochen hatte, entwickelte Klaatsch in mustergültiger Weise die Bedeutung des biogenetischen Gesetzes auch für den embryonal wachsenden menschlichen Darm — bestimmte, vorübergehende Phasen dieses Wachstums decken sich mit bestimmten, dauernden Aufstellungen des Darmes der Säugetiere. So ähnelt der noch gerade menschliche Darm (1a) jenen der Ursäuger (1A); die Phase, gelegentlich deren der Dickdarm, Duodenum und Dünndarm überkreuzt (2a), dem Darmbild der Carnivoren, Beutler und Nager (2A), falls allein das Lig. colico-duodenale (Krause, Klaatsch) in die Erscheinung tritt; jedoch jenem der Prosimier und unteren Primaten (3a und 3A), falls Bänder auch noch zur unteren Magenkurve anschließen, der im Bogen nach links absteigende Dickdarmschenkel (Colorectum Klaatsch) sich knickt, zur Milz emporsteigt und gesichtlich in Transversum, Descendens und Flexura lienalis sich sondern läßt. Dieses sind Umgestaltungen der ersten 3 Monate. An sie schließen sich im Verlauf von 2—3 weiteren: unter fortschreitender Hebung der Fl. lienalis der Eingang des Ascendens, direkt von der Flexura colico-duodenalis aus, in das Lig. cavo-duodenale (Klaatsch) bezw. in das Bauchfell der hinteren Leibeswand (4a), ein Zustand, welcher an Funde bei Hylobates erinnert (4A); endlich das bekannte Endglied der Ausgestaltung (5a), das Übergreifen des Dickdarmes von der Fl. colico-duodenalis auch noch auf die äußere Kante der Leber (Fl. hepatica), die dauernde Gruppierung der Dünndarmschlingen u. a. m., welches auf Verhältnisse wie beim Schimpanse und Gorilla hindeutet (5A).

Es hat 20jähriger Arbeit, der Berücksichtigung der drei Zweige der Anatomie, der Entwicklungsgeschichte, Klinik und Literatur bedurft, bis sich herausstellte, daß alle die zahlreichen Bilder, welche bisher als Darmanomalien, Hemmungen, Vitia primae formationis, Darmteratome usw. gingen und als kaum beachtenswerte Raritäten angesehen wurden, in die Klaatsch'schen Reihen sich auflösen lassen,

[1] Vgl. Arbeiten dieser Klinik Heft 1—4. 1896—1902. Urban & Schwarzenberg Berlin; in ihnen Heft II Dickdarmbrüche inkl. Zwerchfellbruch, Heft IV Harms, Situs u. Eingew.-Brüche. — Virchow's Archiv Bd. CLXIV. Eingeweidebrüche. — Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin Nr. 12—15. 21. Juli 1900, Eingeweidebrüche und Nr. 3—5, 13. Januar 1901 Gratulationsschrift. Situs. — Roger Freiherr v. Boeninghausen-Budberg, I.-D., Dorpat 1901. Über den Dickdarm erwachsener Menschen und einiger Mammalien. — A. Hagentorn, Weiße Linie und Bruch der Bauchwand. I.-D., Dorpat 1902. — S. v. Blumenfeld, Stand der Untersuchungen über das S romanum. I.-D., Dorpat 1903. — Die entsprechenden Jahrgänge des Zentralblattes für Chirurgie von 1896 Nr. 22 an.

ohne daß nennenswerte Reste zurückbleiben. Die Darmanomalien des gesund Geborenen und gesunden, ausgewachsenen Menschen zerfallen demnach in folgende Gruppen:

1) Der Darm hängt in drei Abteilungen untereinander am gemeinsamen, beweglichen, medianen (Aorten-)Gekröse; der Dickdarm hinter und unter dem nur erst mäßig geschlängelten Dünndarme, wesentlich einschenklig, aber mit geknicktem, aus dem Gekröse »herausspringendem« Blinddarme; oder geknickt zweischenklig mit zwei, oft geschlängelten, langen selbst in Bruchsäcke eingehenden Schenkeln (Reptilientypus). Knickungsstelle des Dickdarmes links von der Aorta; Gekrösfalte von ihr hinüber zum schon rechts neigenden Duodenum = primärer Radix Klaatsch.

2) Bei Schrägstellung des Magens, weiterer Entfaltung des Dünndarmes und Vorhandensein des Lig. colio-duodenale liegt der Dickdarm vor Duodenum und Dünndarm. Knickungsstelle des Dickdarmes samt Lig. colico-duodenale = Flexura colico-duodenalis = Flexura coli dextra, da das Duodenum sich nach rechts hinübergewendet hat.

3) Vor der Flexura coli dextra, nach rechts zu, zeigt sich gewöhnlich eine Schlinge (Hufer-Prosimierschlinge Klaatsch). Coecum-ascendens bis zu dieser am freien Gekröse zusammen mit dem Dünndarme. Beginn der Knickung des Colorectum zur Flexura lienalis.

4) Infolge weiteren Anstieges der Flexura lienalis und Verkürzung ihrer bekannten Bänder läßt sich jetzt von der Flexura lienalis aus Transversum (Fossa gastro-colica Klaatsch) und Descendens sondern. Das Ascendens liegt, in der Regel in Richtung vom Duodenum zur Niere, der hinteren Leibeswand fest an. Existieren endlich

5) sogleich zu erwähnende Abweichungen im Rahmen des gewöhnlichsten, als bekannt vorauszusetzenden menschlichen Situs, so erscheint als dessen Haupteigentümlichkeit, neben der beständigen Flexura dextra colico-duodenalis die bänderreiche Flexura coli dextra hepatica, an der Leberkante.

Decken sich die fünf verschiedenen embryonalen Aufstellungen des menschlichen Darmes mit Dauerstellungen der Säuger, so decken sich die eben beschriebenen fünf Aufstellungen Erwachsener mit beiden, und sind die embryonalen tierähnlich, so gilt es von den fünf Aufstellungen des Ausgewachsenen gleichfalls, nach dem Satze: 1 a — 5 a = 1 A — 5 A = 1 — 5, also auch 1 A — 5 A = 1 — 5.

Doch erfordert dieses Gesetz die Erweiterung. Es ist für Anatomie und Klinik gleich verhängnisvoll geworden, daß die Entwicklungsgeschichte ihre Normen von nur wenigen Embryonen, soweit die frühesten Perioden in Frage kommen, gar von einzelnen Exemplaren ableitete, trotzdem aber ihre Funde als gültig für die 1500 Millionen Menschen der Erdoberfläche hinstellte. So habe sich der Darm frei von örtlichen Einschnürungen (Stenosen), das Caecum immer nur von gewissem Querschnitt und dabei einfach, ebenso einkaliebrig auch der übrige Dickdarm zu präsentieren; der Dickdarm müsse Tänien und Haustren tragen, in bestimmter Richtung sich einordnen, aber von

Spiralen frei sein und kongenital ebenso wie der Dünndarm außer Beziehung zu Bruchsäcken stehen; die Wurzel des Dünndarmgekröses entspreche einer bestimmten Linie im Raume, das Gekröse selbst bestimmten Längen- und Begrenzungsfiguren; Lipome des Gekröses seien Pathologika u. v. a. mehr. Lautete der Befund entgegengesetzt, so stand man entweder teilnahmlos bei Seite oder erklärte das Ding als Krankheitserscheinung, das Divertikel z. B. und die spiralen Drehungen als Folgen gesteigerten Darminnendruckes, die Verlagerungen der drüsigen Eingeweide und der Radix, oder besondere Gestaltungen des Gekröses als Druck- und Zugwirkungen. Nun weiß man aber wenigstens über das Caecum und den Magen, daß der Binnendruck beide vergrößeren, selbst sprengen kann, in der Gestalt aber nicht beeinflußt; daß der Binnendruck Spiralen um nur wenige Grade zu öffnen oder zu schließen, nicht aber zu erzeugen vermag; daß die Radix nach der Geburt absolut unverschieblich ist, daß dann auch Dehnungen oder Einschnitte in dem Gekröse mehr als problematisch sind; daß die Unterleibsdrüsen ohne Zerstörung der Substanz und Bänder nennenswert sich nicht verschieben lassen; der naiven Anschauung nicht zu gedenken, welche das doppelte Caecum, die Riesenkloake (sie wurde bisher übrigens nicht einmal richtig gedeutet), das doppelte Descendens, den After am Munde als Späterwerbung auffaßt. Alle diese Dinge — die Stenosen, Spiralen, Divertikel, Wanderungen, Verdoppelungen, Fettanhäufungen im Gekröse, Verlängerungen der Gekröse, Verschiebungen der Radix, die farneartigen Beschläge auf den Gekrösen und dutzende anderer im Originale zu vergleichender Befunde — sind vielmehr fötalen, wie gezeigt wird, sogar frühfötalen Ursprunges und auch dann weder Mechanika noch Pathologika; schon deshalb nicht, weil der Bauchfellsack und der Darm, welcher sie trägt, vollkommen gesund erscheinen, und weil zum anderen sich vollkommen deckende Vergleichsobjekte in der Tierreihe gefunden werden. Also auch diese Beigaben, nach heutiger Auffassung größeren Teiles Pathologika, kleineren Teiles Monstrositäten, sind tierähnliche Ausgestaltungen, in der Sprache der Vergleichenden reichere und wechselndere Wiederholungen, als das Klaatsch'sche Schema vermuten läßt. Wie wir uns drehen und wenden, notwendiges Rüstzeug für den Anatomen und Kliniker sind nicht eine einzige, sondern fünf verschiedene, in der Hauptsache typische, im einzelnen wechselnde Aufstellungen des Darmes. Keine von ihnen hält das starre Schema der Bücher ein, wie an den auffälligen Varianten selbst des gesunden Situs 5 (z. B. Befestigung des riesengroßen Caecumascendens in der linken Zwerchfellkuppel, Fehlen des Ascendens bei Stand des Caecum unter der Leber, strichweise Enge oder Verdoppellung des Dickdarmes) nachgewiesen wird. Dabei handelt es sich um Erscheinungen, welche in ihrer Gesamtheit überaus häufig sind, so daß der einzelne eigentlich nur nach Situs 2 längere Zeit fahnden muß. Denn Situs 1 ist selbst von einzelnen, z. B. Gruber, in gehäufter Zahl beschrieben worden; Situs 3 sahen, allerdings ohne ihn deuten zu können, nahezu

alle im Bauch Operierenden und das Verhältnis von Situs 4 zu 5, dem gewöhnlichsten, ist auf 1:30 höchstens 40 zu beziffern. Doch dürften zwecks genauerer Definition und Ermittelung aller Varianten außer 100000 Sektionen des Menschen auch Massenerhebungen am Tier, also die Arbeit von mehr als einer Generation notwendig sein.

(Selbstbericht.)

---

3) **R. Morison.** Remarks on some functions of the omentum.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 13.)

M. schildert mit Hilfe zahlreicher schematischer Zeichnungen die große Bedeutung des Netzes bei krankhaften Vorgängen in der Bauchhöhle und bezeichnet es als den »Schutzmann der Bauchhöhle«. Es schließt herniöse Ausstülpungen wie ein fester Stöpsel und macht sie unschädlich, es hüllt vereiterte Gekrösdrüsen ein, es verschließt diaphragmatische Spalten, umgibt eine entzündete Gallenblase, einen Abszeß, ein durchbrechendes Karzinom, isoliert den kranken Wurmfortsatz, schlägt sich nach oben um zur Erreichung gefahrdrohender Geschwüre im Magen und Duodenum und verrichtet alle diese Dienste großer Zweckmäßigkeit aus mehr als nur mechanischer Ursache: es müssen nach M.'s Meinung noch andere Beziehungen zwischen erkrankten Organen der Bauchhöhle und Netz vorhanden sein, deren Kenntnis sich uns bis jetzt entzieht. **Weber** (Dresden).

---

4) **Villemin.** Du drainage lombaire dans la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 30.)

V. geht bei seinen Betrachtungen, die er auf Grund eines reichen Beobachtungsmateriales am Kinderhospital anstellte, von der Erfahrung aus, daß die Drainage mit Gummiröhren oder Gazestreifen, die von der vorderen Bauchwand aus in die Peritonealhöhle eingeleitet werden, für Flüssigkeitsansammlungen im kleinen Becken oder in der Lendengegend nur ungenügend Abfluß verschafft. Die Kranken auf den Bauch zu lagern, um das Sekret nach vorn abfließen zu lassen, hält er bei Kindern für undurchführbar; bei weiblichen Kranken empfiehlt er die Drainage des Douglasraumes nach der Scheide hin als sehr zweckmäßig und auch bei kleinen Kindern leicht ausführbar; dagegen hält er die Eingriffe, die an männlichen Kranken ausgeführt wurden, um aus dem Douglas das Sekret nach dem Damme hin oder durch das Foramen ischiadicum nach außen abzuleiten, für zu schwierig und zu zeitraubend. Obwohl sich gegen die Drainage von der Lendengegend aus theoretisch einwenden läßt, daß sie nicht am tiefsten Punkte der Bauchhöhle angelegt werden kann, empfiehlt sie V. angelegentlich auf Grund der guten Resultate, die er damit erreichte, und wegen ihrer schnellen und leichten Ausführbarkeit bei diffuser

Peritonitis wie auch bei der Behandlung isolierter Eiterherde im Bauche, die bis zum Darmbeinkamme heranreichen.

Thümer (Chemnitz).

5) **Armstrong.** Pelvic appendicitis and the importance of rectal examination.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 13.)

Die Lage des erkrankten Wurmfortsatzes wird angezeigt durch die Gegend der größten Schmerzhaftigkeit, solange die Entzündung noch nicht über die unmittelbare Nachbarschaft hinausgegangen ist. Hängt der entzündete Fortsatz ins Becken hinein, so ist er dem fühlenden Finger nur erreichbar vom Mastdarm her. Die hohe Sterblichkeit der »Appendicitis pelvica« ist bedingt durch die zu späte Erkennung wegen Fehlens eines besonders schmerzhaften Punktes der Bauchdecken. Die frühzeitige bimanuelle Untersuchung solcher Fälle vom Mastdarm her wird die Sterblichkeit der Beckenappendicitis herabdrücken. Zum Beweise führt A. sechs Krankengeschichten an, in denen nur die rektale Untersuchung zur Diagnose und operativen Anzeige führte.

Weber (Dresden).

6) **Hawkins.** The reality of enterospasm and its mimicry of appendicitis.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 13.)

Mancher Wurmfortsatz, der beseitigt wird, ist unschuldig an den vorhandenen Beschwerden. Eine ganze Reihe von Pat. klagt nach der Operation über genau die gleichen Symptome. In seltenen Fällen hat hier eine Verwechslung stattgehabt mit Gallensteinen, Nierenkoliken, Wanderniere, Adnexerkrankungen; in weit zahlreicheren Fällen hat es sich um rein funktionelle Störungen gehandelt. Die drei Darmneurosen, die hier in Frage kommen, sind die sensorische als Enteralgie, die motorische als Enterospasmus, die motorisch-sekretorische als Colica mucosa. H. deutet diese Neurosen als örtliche Erscheinungsformen einer unvollkommenen Nervenkonstitution und glaubt an die Zunahme ihres Vorkommens und an ihre Schutzbedürftigkeit gegenüber der Bauchchirurgie! Besonders der Enterospasmus verfällt zuweilen — als Appendicitis aufgefaßt — dem Messer. Ein oder mehrere kurze Darmteile werden plötzlich und gänzlich unerwartet durch eine tetanische Zusammenziehung unter heftigen Schmerzen in einen harten, soliden, blassen, blutleeren Strang verwandelt, wobei Blinddarm und Flexura sigmoidea bevorzugt werden. H. konnte diesen Befund eindeutig erheben in einem Falle von 40 Jahre lang sich wiederholenden Anfällen von Enterospasmus bei Gelegenheit der Laparotomie, die durchaus nichts aufdeckte. Die zusammengezogenen Darmteile setzten sich ganz scharf gegen die nicht befallenen ab und lösten ihre Kontraktion unter den Augen der Beschauer wieder, während an anderen Teilen das Spiel von neuem begann. — Mehrere solcher Fälle unter H.'s Kranken, die gleichfalls erfolglos operiert wurden, boten perito-

nitisähnliche Symptome dar. — 35 unter seinen Kranken klagten nur über langanhaltende oder in kurzen Anfällen verlaufende Schmerzen im Leibe bei Abwesenheit aller anderen Zeichen. Die 35 Fälle bilden nach H.'s Meinung eine gut umschriebene Krankheitsgruppe. Elfmal war ohne jeden Erfolg der Wurmfortsatz fortgenommen worden. Es handelt sich fast ausnahmslos um Neurastheniker, die durch körperliche und geistige Überanstrengung nervös erschöpft sind. Die linke und die rechte Unterbauchseite werden in gleicher Weise als Sitz der Beschwerden angegeben, zuweilen wechselt es auch. Regelmäßig besteht Verstopfung. Oft fühlt man den Dickdarm als strangförmiges Gebilde, besonders links. Das sind die Fälle, die zu Verwechslungen mit Geschwülsten führen, wie bei einem seiner Kranken.

Die sichere Abgrenzung dieser Fälle gegen die Appendicitis ist möglich bei sehr genauer Anamnese und sorgfältiger Untersuchung, durch die lange Dauer der Beschwerden, durch den Wechsel der Erscheinungen, die Fieberlosigkeit, durch das Auftreten ähnlicher Beschwerden in der linken Seite, durch fühlbare Kolonstränge.

Weber (Dresden).

---

7) Sir **W. H. Bennett.** Appendicostomy and its possibilities.

(Lancet 1906. Februar 7.)

Der bekannte Verf. beschreibt eingehend die 1902 zuerst von Weir ausgeführte Appendikostomie, ihre einfache Technik, ihre kaum merklichen Belästigungen und ihre Schlußsicherheit durch den Appendixsphinkter. Trotzdem sind bislang nach Verf. nicht mehr als ein Dutzend Fälle publiziert.

Die Operation hält Verf. bei folgenden vier Indikationen für ausführbar:

1) als Hilfsmittel zur Behandlung gewisser Zustände des Dickdarmes und möglicherweise des Dünndarmes bei Enteritis;

2) als Mittel zur Behebung der Darmauftreibung;

3) als Mittel, um durch die Fistel dem Körper Nährstoffe zuzuführen;

4) als Substitut für die coecale Kolostomie.

Ewart insbesondere hat die lokale Behandlung der Dünndarmenteritis durch Appendikostomie empfohlen, indem er ein dünnes Spekulum durch den Wurmfortsatz einführt und die Bauhin'sche Klappe direkt für die Einführung eines Katheters in den Dünndarm sichtbar macht. Nach Verf. leidet indessen durch die häufige Dehnung auf die Dauer die Schlußfähigkeit des Appendixsphinkters. — Verf. will die chronische Verstopfung im Prinzip eher mit Appendikostomie als mit Ileokolostomie behandelt wissen. Bei meteoristischen Zuständen hält er das Auspumpen der Gase durch den Wurmfortsatz für wohl ausführbar und angebracht. — Für die Einfuhr von Nährstoffen hält B. die Appendikostomie der Gastrostomie für gleichwertig, in vielen Fällen für überlegen. Sie ist ungefährlicher und erlaubt, bei Cardiakarzinom beispielsweise, fern von dem Krankheitsherd absolut genügend

Nährstoffe dem Organismus einzuverleiben. — Als Ersatz der Kolostomie bei tiefliegenden Dickdarmstrikturen dürfte die reine Appendikostomie im allgemeinen wegen der Enge der Wurmfortsatzlichtung kaum genügen.

Alles in allem, schließt Verf., ist doch klar, daß das Organ, auf dessen Vernichtung in jüngster Zeit die Kräfte der Chirurgen angespannt sind, sich in anderer Beziehung wieder für den Organismus nützlich von ihnen verwerten läßt. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

8) **R. W. Murray.** Some observations upon the etiology of oblique inguinal hernia.

(Lancet 1906. Februar 10.)

Verf. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen nicht an einen Unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Bruchsack. Wie seine vielfachen Beobachtungen am Lebenden und seine Leichenuntersuchungen ergaben, fand sich in den weitaus meisten Fällen, bei der Leiche in 21% der Fälle, die nie mit einer Hernie belastet waren, ein präexistenter Bruchsack, d. h. für den Leistenbruch eine nicht obliterierte Portion des Processus vaginalis testis, der meist 1 Zoll lang war und oft nur mit ganz dünnen Sonden nachgewiesen werden konnte; in einigen Fällen konnte indessen selbst der kleine Finger passieren.

Die Frage, warum nun in einigen Fällen ein Bruch entsteht, in anderen nicht, beantwortet Verf., indem er zwei Faktoren anführt, die seiner Ansicht nach maßgebend sind: 1) die Weite der Öffnung am inneren Leistenring und 2) die Stärke der diesen Ring schützenden Muskulatur. Das häufige Auftreten der Brüche in der Pubertät, im höheren Alter und in der Konvaleszenz nach schweren Krankheiten würde durch erhöhte Inanspruchnahme, bzw. Schwächung dieser Muskulatur leicht erklärbar sein. Die Operation sollte also vor allem auch auf Erhaltung des inguinalen Sphinkter Rücksicht nehmen.

Für Ref. scheint Verf.s Beweisführung keineswegs ausreichend, um alle Bruchsäcke beim Leistenbruch für angeborenen Ursprungs zu erklären. Ein Blick auf die Literatur zeigt noch weit höhere Prozentsätze von präexistenten Bruchsäcken, als Verf.s 21%; so finden wir nach Frank in 28,6% der Fälle einen kongenitalen Leistenbruchsack, nach Beresowsky aus der Kocher'schen Klinik in 35%, nach Wood in $33^1/_3$% usw.

Trotz alledem aber haben nach den heutigen allgemeinen Anschauungen dennoch sicher nicht alle Leistenbrüche einen kongenitalen präformierten Bruchsack. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

---

9) **Ed. Menne.** Über subkutane Verletzungen des Magens und deren Folgezustände gutartiger Natur nach Einwirkung stumpfer Gewalten und körperlicher Anstrengungen mit besonderer Berücksichtigung des Unfallversicherungsgesetzes.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 1 u. 2.)

M. hat sich in dieser Arbeit der Mühe unterzogen, die subkutanen Magenverletzungen und ihre Folgezustände auf Grund eines reichlichen Materials, das z. T. aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der barmherzigen Brüder zu Bonn stammt, z. T. den Akten des Reichsversicherungsamtes entlehnt ist, mit besonderer Berücksichtigung des Reichsversicherungsgesetzes zu besprechen. Es ist das eine dankenswerte Aufgabe, zumal es über die Höhe der Krankheits- und Unfallrenteneinschätzung oft zwischen den Versicherungsanstalten und den Kranken zu Zwistigkeiten kommt, und oft von seiten der Ärzte sehr verschiedene Ansichten geäußert werden.

In dem ersten Teile der Arbeit behandelt Verf. die Verletzungen des Magens an sich, die durch stumpfe Gewalt und körperliche Anstrengung, zumeist durch direkte Einwirkung auf die Magengegend, seltener durch indirekte entstehen. Es kommen traumatische Verletzungen sowohl jeder einzelnen, als mehrerer oder aller Magenschichten gleichzeitig in der mannigfachsten Kombination vor als nichtpenetrierende und penetrierende Rupturen, infolge Quetschung, Zerreißung bzw. Berstung und Abriß durch Zug. Am häufigsten handelt es sich um zerrissene, hämorrhagisch infiltrierte, gequetschte oder von der Submucosa abgehobene, infolge Aufhebung der Ernährung nekrotische und der peptischen Wirkung des Magensaftes verfallene Schleimhaut, die schnell ausheilen oder zu tiefgreifenden Substanzverlusten führen kann. Die Form der Schleimhautwunden ist sternartig, netzartig, lineär, schlitzförmig; zuweilen ist die gesamte Magenschleimhaut unregelmäßig zerrissen. Die Richtung der Risse ist zumeist in der Längsrichtung des Magens, parallel der kleinen Kurvatur an der Vorder- oder Hinterfläche. Die Wundränder sind teils scharf zugespitzt, teils wallartig angeschwollen. Man findet glattrandige Zerreißungen und solche, deren Ränder zackig zerfetzt aussehen.

Klinisch sind die konstantesten Symptome der Schmerz und das Bluterbrechen; Fieber ist fast niemals vorhanden. Als Nebenverletzungen finden sich Rupturen der Leber, der Milz, der Nieren, des Jejunums, der Lungen und der Pleura. Während die leichten Fälle bei Diät und somit geeigneter Behandlung in wenigen Tagen oder Wochen zur Ausheilung kommen können, bleiben in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sehr quälende Symptome bestehen, unter denen der Magenschmerz wiederum am konstantesten ist. Das Erbrechen bleibt häufig bestehen teils bei nüchternem Magen, teils nach der Nahrungsaufnahme; oft ist Blut mit Speisen vermischt, des öfteren werden reine Blutmassen entleert; zuweilen verrieten lange nach der Verletzung blutige, teerartige Stühle resp. Blutbrechen erneute Magenblutung. Durchweg für

lange Zeit, ja für Jahre, blieb eine auffällige Empfindlichkeit des Magens zurück, die sich durch Druckgefühl, Appetitlosigkeit, Völle in der Magengegend, heftigen Schmerz und häufiges Erbrechen bemerkbar machte.

In unfallrechtlicher Beziehung ergibt sich aus den angeführten Krankengeschichten und Gutachten, daß bei derartigen traumatischen subkutanen Magenverletzungen durchweg hohe Renten gezahlt werden müssen, nicht nur in der ersten Zeit nach der Verletzung, sondern für volle Erwerbsunfähigkeit selbst noch zwei Jahre nach dem Trauma. Auch dann nimmt die Erwerbsfähigkeit nur schrittweise zu und ist bei der Chronizität des Leidens und der Neigung zu Rezidiven noch häufigen Schwankungen, ja selbst Wiedereintritt voller Erwerbsunfähigkeit unterworfen, so daß hohe und mittlere Renten noch meistens jahrelang gewährt werden müssen, ohne daß jemals Dauerheilung mit Sicherheit angenommen werden kann.

Aber nicht nur unmittelbar durch den Unfall entstandene Störungen der Gesundheit fallen in das Gebiet des Unfallversicherungsgesetzes; sondern auch die mittelbaren Unfallfolgen, und unter diesen speziell die Verschlimmerung älterer Leiden. Es sind also nach Einwirkung stumpfer Gewalten und körperlicher Anstrengungen nicht nur die akut entstandenen Magenverletzungen und Geschwüre, sondern auch die Verschlimmerung älterer Leiden, speziell die Perforationen nicht traumatisch entstandener Magengeschwüre, als entschädigungspflichtig durch einen Betriebsunfall anzusehen. Für die Entscheidung, ob eine starke körperliche Anstrengung für sich allein einen Unfall im gesetzlichen Sinne darstellt, wird es darauf ankommen zu beweisen, daß die Anstrengung für die in Frage kommende Person eine erhebliche, ungewöhnliche gewesen ist. Ist das der Fall, dann ist die Annahme der Kausalität zwischen Anstrengung und Perforation resp. Blutung des vorhandenen Magengeschwürs entschieden wahrscheinlicher als die Annahme des zufälligen gelegentlichen, nicht ursächlichen Zusammentreffens aus inneren Gründen. **Hartmann** (Kassel).

---

10) G. Leven und G. Barret. Radioscopie gastrique. Forme, limite inférieure et mode de remplissage de l'estomac.

(Presse méd. 1906. Nr. 9.)

Verff. haben radioskopische Untersuchungen des Magens in leerem und vollem Zustand angestellt und die Resultate bildlich wiedergegeben. Bei aufrechter Haltung ist der Magen fast genau vertikal gerichtet und hat einen oberen breiteren und einen unteren, fast schlauchförmigen Abschnitt. Zwischen beiden befindet sich ein nach innen vortretender konvexer Vorsprung, auf welchem eine verschluckte Bismutpille 4 bis 6 Minuten liegen bleibt, bevor sie auf den untersten Teil des Magens fällt. Letzterer befindet sich in der Nähe des Nabels, manchmal oberhalb desselben, manchmal 3—4 cm tiefer, ohne daß das Überschreiten der Nabelhöhe durch die untere Magengrenze Zeichen einer Dilatation

wäre. Der leere Magen hat eine schlauchförmige Form; bei einem gesunden Individuum ist nach Verschlucken von 40—50 cm Flüssigkeit die Linie der oberen Flüssigkeitsgrenze ebenso hoch wie nach dem Verschlucken von 280—300 cm. Bei höheren Flüssigkeitsmengen steigt diese Linie etwas höher, während gleichzeitig die Magenform sich ändert, indem eine Erweiterung im queren Durchmesser stattfindet. Bei bestehender Magendilatation steigt das Flüssigkeitsniveau stetig, doch viel langsamer als bei normalem Magen, so daß mehrere Hundert Gramm notwendig sind, um die obere Flüssigkeitslinie auf dieselbe Höhe zu bringen, wie dies unter normalen Verhältnissen bereits bei 40—50 g der Fall ist. Trotzdem kann die untere Magengrenze immer auf gleicher Höhe bleiben, so daß das radioskopische Bild der Füllungsart des Magens notwendig ist, um sagen zu können, ob derselbe dilatiert ist oder nicht. **E. Toff** (Braila).

---

11) **Bergmann.** Zur Behandlung des Magengeschwüres.

(Med. Klinik 1906. Nr. 3.)

B. empfiehlt zur Abkürzung der Behandlungsdauer erneut seine bereits 1895 angegebenen Kautabletten (Berliner klin. Wochenschrift 1895 Nr. 6), welche Mund- und Rachenhöhle feucht erhalten, dem Kranken somit die quälende Beschränkung der Wasserzufuhr erleichtern, ein reichliches Verschlucken alkalischen Speichels und damit eine Bindung des Magensäureüberschusses herbeiführen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

12) **M. Donati** (Torino). Chirurgia dell' ulcera gastrica e dei postumi della medesima. 348 S. Text und 111 S. Tabellen.

Torino, **C. Clausen,** 1905.

(Opera premiata dall' Accademia medico-fisica e dalla Società filoiatrica di Firenze.)

Dieses preisgekrönte und mit großem Fleiß angefertigte Buch umfaßt eine erschöpfende Darstellung der Chirurgie des Magengeschwüres und seiner Komplikationen. Verf. hat hierfür das reiche Material seines Lehrers, Prof. Carle, verwertet und weiterhin alle in der Literatur niedergelegten Berichte über hierher gehörige Operationen aufgesucht. Es sind dies in summa 1041 Fälle, welche, tabellarisch nach den einzelnen Operationsarten geordnet und mit Angabe des Operateurs, des Publikationsortes und mit kurzen krankengeschichtlichen Notizen versehen, am Schluß des Buches zusammengestellt sind.

Das Thema selbst wird in fünf Kapitel eingeteilt und in übersichtlicher und gründlicher Weise besprochen. Es werden danach zunächst die Definition, die Ätiologie und pathologische Anatomie des Geschwüres, sodann seine Symptome, Verlaufsarten und Komplikationen und weiterhin seine Diagnose erörtert. Hieran schließen sich die beiden Kapitel über die Therapie, und zwar zunächst jenes über die Grundzüge der internen Behandlungsweisen und schließlich jenes über die chirurgischen Maßnahmen, deren Indikationen, Komplika-

tionen und Erfolge. Dem Zwecke des Buches entsprechend, wird gerade die Chirurgie des Geschwüres in ausführlicher Weise und unter gründlicher Berücksichtigung der einschlägigen Literatur kritisch beleuchtet.

Aus der Fülle von Einzelheiten sei hier folgendes kurz hervorgehoben: Die Indikationen zur chirurgischen Therapie erblickt D., abgesehen von einer Indicatio vitalis, dann, wenn die energische und wiederholte Anwendung der internen Maßnahmen fehlgeschlagen hat. Andererseits solle man auch nicht eine zu häufige Wiederkehr von Rezidiven abwarten, und dies am wenigsten bei öfteren Blutungen. Bestimmte Regeln über den Zeitpunkt der Operation lassen sich indessen nicht aufstellen, der Arzt muß von Fall zu Fall entscheiden. Intensive und kontinuierliche, der inneren Medikation trotzende Gastralgien und ebensolches Erbrechen erheischen die Operation. Bei profuser Blutung rät auch D. von der sofortigen Operation ab. Ein möglichst rasches Eingreifen erfordert jedoch die Perforation; die Gesamtstatistik des Verf.s verzeichnet dabei nur 47,9% Mortalität, während, sich selbst überlassen, 95% der Perforation und ihren Folgen erliegen. Beim Eingriffe selbst solle das Infektionsmaterial tunlichst nur ausgetupft und lediglich bei Überschwemmung der Bauchhöhle mit Mageninhalt solle gespült werden.

Als Operation der Wahl betrachtet D. (wohl mit der Mehrzahl der Chirurgen) die Gastroenterostomie, und zwar jene nach v. Hacker. Die Exzision des Geschwüres solle nur dann in Frage kommen, wenn hierfür die Bedingungen ausnehmend günstig liegen, oder bei drohender Perforation; aber auch dann nur in Verbindung mit der Gastroenterostomie. Diese letztere wird in der Carle'schen Klinik jetzt nur mehr mit dem Murphyknopf und meist mit einer fortlaufenden zirkulären Verstärkungsnaht aus Seide ausgeführt. D. betont, daß Prof. Carle in einer großen Reihe von Gastroenterostomien keinen Schaden durch den Knopf erlebt habe. Er rühmt dem Knopfe die größere Schnelligkeit der Operation, eine größere Sicherheit des Erfolges, die leichtere Beherrschung der Asepsis und die Möglichkeit, sofort mit Zufuhr flüssiger Nahrung beginnen zu können, nach. Interessant dürfte es sein, daß auch die große Statistik für D. spricht: Von 212 Pat. mit Knopfanastomosen starben 16 (= 7,54%), von 391 mit Nahtanastomosen 58 (= 14,5%).

Das Material der Carle'schen Klinik, das am Schluß der Arbeit noch eingehend besprochen wird, umfaßt 98 Fälle: 15 offene Geschwüre (2 †), 2 Narbenstenosen, 2 Sanduhrmagen, 79 Stenosen speziell des Pylorus (4 †). Es wurden ausgeführt: 2 Pyloroplastiken, 1 Divulsion à la Hahn, 5 Gastroenterostomien mit Naht (2 †), 88 Gastroenterostomien mit Knopf (4 †). Die 6 Todesfälle waren meist durch Komplikationen verursacht (Hämorrhagie, Perforation eines Duodenalgeschwüres, Pneumonie, Kachexie, Stauung bei Sanduhrmagen, Magenatonie). Die Dauererfolge der chirurgischen Geschwürsbehandlung waren, soweit spätere Nachrichten erreichbar waren, durchweg gute.

Alles in allem bedeutet also das Buch einen wertvollen Beitrag zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen.

A. Most (Breslau).

---

13) **V. Lieblein** und **H. Hilgenreiner.** Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanales.

(Deutsche Chirurgie, hrsg. von G. v. Bergmann und P. v. Bruns.)

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1905.

Von den beiden Autoren hat L. die Geschwüre und H. die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanales in dem Werke zur Darstellung gebracht. Mit welcher großen Sorgfalt dies geschehen, läßt sich schon aus den den einzelnen Abschnitten vorangesetzten Literaturverzeichnissen erkennen, von denen das über das Magengeschwür, in der Hauptsache nur die sich mit der chirurgischen Behandlung desselben beschäftigenden Arbeiten bis Anfang 1904 berücksichtigend, allein 66, das über das (nichttuberkulöse und syphilitische) Darmgeschwür 19 und das über die erworbenen Fistelbildungen 51 Seiten umfaßt; dementsprechend ist auch der Text außerordentlich umfangreich (fast 500 Seiten), obwohl in ihm nur 47 Abbildungen — außer 4 Tafeln mikroskopischer Bilder am Schluß des Werkes — eingefügt sind. — L. bespricht zunächst eingehend die pathologische Anatomie, Pathogenese und Klinik des nicht komplizierten Magengeschwüres, sodann seine Komplikationen, die Prognose und Erfolge der inneren Behandlung, um sodann die chirurgische Therapie des Leidens, der Magenblutung und -Perforation zu schildern. Bezüglich der Behandlung des unkomplizierten Geschwüres steht Verf. auf dem Standpunkte, daß die ideale Methode wohl die Exzision des Geschwüres in Verbindung mit der Pyloroplastik oder Gastroenterostomie sei, weil man durch diese Operation das nachweisbare Geschwür entfernt und durch die hinzugefügte Palliativoperation auch eventuellen Komplikationen, die dem Kranken von einem zweiten zurückgelassenen Geschwüre drohen, am besten vorbeugt. Trotzdem hält L., dies wohl begründend, die Exzision nur in denjenigen Fällen für angezeigt, in welchen eine Perforation oder bösartige Degeneration zu befürchten (event. in solchen Fällen auch die zirkuläre Pylorusresektion), oder in denen das Geschwür für die Exzision besonders günstig gelegen ist. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, so soll von der Exzision Abstand genommen werden müssen, weil dann die Vorteile dieser Methode reichlich wett gemacht werden durch ihre Gefahren. In allen diesen Fällen sollen nur die Palliativoperationen, unter ihnen in erster Linie die Gastroenterostomie, event. auch die Pyloroplastik oder später noch die Jejunostomie und die Ausschaltung des Pylorus in Betracht kommen. Auch wo ein operativer Eingriff bei der akuten Magenblutung notwendig erscheint, wird die Exzision des Geschwüres nur bei von außen erkennbarer günstiger Lage desselben, sonst am besten die Gastroenterostomie auszuführen sein. — Nach Schilderung der chirurgischen Therapie bei Geschwürsdurchbruch werden die Folge-

zustände des chronischen Magengeschwüres (Pylorusstenose und sekundäre Magenerweiterung, Sanduhrmagen, Perigastritis und Geschwürstumor, subphrenischer und intraperitonealer Abszeß, Gastritis phlegmonosa und Magendivertikel) und in einem Anhange die atonische Magendilatation, Gastroptose, hypertrophische nnd spastische Pylorusstenose, der Magensaftfluß und die funktionellen Ergebnisse der verschiedenen, gegen diese und jene Zustände empfohlenen operativen Eingriffe ausführlich behandelt. In einem zweiten Abschnitte kommen die Geschwüre des Darmkanales — das Ulcus pepticum duodeni, bei welchem die Gastroenterostomie zumeist vor der Exzision den Vorzug verdiene, der Typhusgeschwürsdurchbruch, das Ulcus simplex coli, die Colitis ulcerosa — zur Besprechung. — Wenn auch Verf. in dem von ihm bearbeiteten Teile des Werkes mit eigenen Erfahrungen nicht hervortritt, so ist doch neben der die Literatur in ausgiebigster Weise erschöpfenden und klaren Darstellung seine maßvolle, überzeugende Kritik rühmend anzuerkennen.

Dies gilt auch von den von H. behandelten Abschnitten, die eine in solcher Vollständigkeit bisher noch nicht vorhandene Zusammenstellung der Pathologie, klinischen Erscheinungen und Therapie der verschiedenen Fisteln des Magen-Darmkanales bringen. Um nur kurz den reichen Inhalt dieses Teiles des Werkes anzudeuten, sei erwähnt, daß die äußeren Magen- und Darmfisteln, dann die inneren fistulösen Verbindungen zwischen Magen, bzw. Darm und Teilen des Verdauungskanales, den Brustorganen, den großen Drüsen des Darmkanales, den Harnwegen und Genitalorganen, der Bauchhöhle geschildert sind; so wird eine Fülle interessanter chirurgischer Raritäten geboten.

Das Werk reiht sich würdig den bisher erschienenen Lieferungen der »Deutschen Chirurgie« an. **Kramer** (Glogau).

---

14) **Lenormant.** Prolapsus du rectum traité par la méthode de Gérard-Marchant et récidivé après trois ans. Application de la méthode de Thiersch. Guérison. Rapport par M. Lucien Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 10.)

Im Anschluß an die Vorstellung einer Kranken, bei der 3 Jahre nach der Rectococcypexie nach Gérard-Marchant ein Rezidiv des Mastdarmvorfalles aufgetreten und von L. nach der Methode von Thiersch mit Erfolg behandelt worden war, berichtet Picqué über einen zweiten ähnlich gelagerten Fall und gibt einen Überblick über die bisherigen Erfahrungen mit der Thierschoperation, die er ausführlich schildert. Er erkennt ihre Einfachheit gegenüber den sonst geübten plastischen Operationen an, bezeichnet aber als ihren größten Nachteil, daß Ileus nach ihr beobachtet wurde und nach Entfernung des Silberdrahtes, der nicht immer gut ertragen wurde, schnell Rezidive auftraten. Eine Zusammenstellung der bis jetzt veröffentlichten Fälle



ergibt unter 33 Operationen nur 27 Heilungen, 2 Todesfälle (die jedoch nicht der Methode zur Last fallen) und 4 Rezidive. Den deutschen Veröffentlichungen gegenüber erhebt Picqué den Vorwurf, daß die als geheilt bezeichneten Kranken zumeist nicht lang genug beobachtet worden seien, und daß ein Teil der operierten Kranken (nämlich Kinder in den 1. Lebensjahren) auch ohne Operation hätte geheilt werden können; außerdem sei eine Anzahl von Fällen zur Kritik für die Brauchbarkeit der Operation nicht geeignet, da bei kleinen Schleimhautvorfällen auch andere Methoden gute Resultate erzielten. Für die schweren und rezidivierenden Fälle von Mastdarmprolaps hält Picqué die Kolopexie noch immer für die Operation der Wahl, empfiehlt aber die Methode von Thiersch bei bejahrten und kachektischen Pat.

In der anschließenden Diskussion betont Potherat, weil nach mehreren Jahren noch Rezidive nach Operationen des Mastdarmvorfalles aufgetreten seien, die Notwendigkeit lanjähriger Beobachtung der Leistungsfähigkeit der angewandten Methode.

Thümer (Chemnitz).

Kleinere Mitteilungen.

15) **H. E. Lomax.** Rupture of the oesophagus resulting from external traumatism.

(New York med. record 1906. Januar 6.)

L. berichtet über den seltenen Fall von Speiseröhrenzerreißung durch äußeres Trauma. Tod nach 11 Stunden. Verletzung über dem Zwerchfell mit Austritt des Mageninhaltes in die linke Pleurahöhle. Es handelte sich um heftige Kompressionswirkung (gleichzeitige Beckenfrakturen bei einem Unfall in einem Elevator). Die Möglichkeit eines operativen Eingriffes wird besprochen.

Loewenhardt (Breslau).

16) **Bluyson.** Dentier arrêté dans l'oesophage à 30 centimêtres des arcades dentaires. Extraction manuelle par la cardia après gastrotomie. Rapport par M. Chaput.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 22.)

Ein 32jähriger Mann kam 22 Tage, nachdem er sein Gebiß verschluckt hatte, zur Operation; durch Röntgenaufnahme und Sondierung war der Sitz des Fremdkörpers im unteren Drittel der Speiseröhre festgestellt worden. Bei der Gastrotomie gelang es erst nach Einführung einer dünnen Knopfsonde durch den Mund, die Cardia zu finden; mit einer in die Speiseröhre eingeführten Pinzette konnte das Gebiß nun zwar gefaßt, aber nicht extrahiert werden; mit dem in die Speiseröhre vorgeschobenen Zeigefinger wurde es dann ohne Schwierigkeiten frei gemacht und in den Magen herabgezogen. Heilung ohne Störung.

Obwohl früher mehrfach die Gastrotomie vorgeschlagen und ausgeführt wurde, wenn Fremdkörper weiter als 28 cm von den Zahnreihen entfernt in der Speiseröhre feststeckten, vertritt Chaput den Standpunkt, daß zunächst der Versuch gemacht werden müßte, durch das Ösophagoskop oder durch die Oesophagotomia externa cervicalis den Fremdkörper zu entfernen, ehe man sich zur Gastrotomie entschließen soll.

Thümer (Chemnitz).

17) **J. H. Iden.** Penetrating gunshot wound of the abdomen.
(New York med. record 1905. November 18.)

I.'s Pat. war ein japanischer Schiffskoch von 28 Jahren, der von einem Revolvergeschoß großen Kalibers in der Gegend des McBurney'schen Punktes getroffen wurde. Die schon 4 Stunden später ausgeführte Operation ergab 19 Perforationen des Dünndarmes und mehrere Verletzungen am Mesenterium. Resektion und Anastomose waren erforderlich; einzelne Löcher wurden nur durch Tabaksbeutelnaht geschlossen. Reinigung mittels heißer Kochsalzlösung. Schluß der Bauchwunde ohne Drainage, Dauer $2^1/_2$ Stunde. Zuerst Puls bis 180 Schläge. Kollaps. Dennoch ausgezeichnetes Heilresultat. **Loewenhardt** (Breslau).

18) **W. H. Battle.** The »acute abdomen«.
(Lancet 1906. Januar 27, Februar 3 u. 17.)

Verf. bringt hier in drei Vorlesungen eine vorzügliche Zusammenstellung von »akutem Abdomen« aus St. Thomas-Hospital.

Die akuten abdominellen chirurgischen Leiden waren unter 456 Fällen:

Appendicitis und deren Komplikationen	37%,
Darmverschluß (außer Intussuszeption)	24%,
Intussuszeption	16%,
Perforation des Darmkanales	11%,
Becken- und gynäkologische Fälle	6%,
Bauchabszeß (exkl. Appendicitis)	3%,
Rest	3%.

Die Geschwüre des Magens, Duodenums, Jejunums und die Typhusgeschwüre werden in besonderen Kapiteln an der Hand typischer Fälle besprochen, ebenso in der dritten Vorlesung die sterkoralen Dickdarmgeschwüre sowie der Darmverschluß.

Die Arbeit bietet eine reiche Fülle des Lesens- und Beherzigenswerten aus den vielfachen Erfahrungen in Bauchchirurgie an dem bekanntesten Londoner Hospital. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

19) **Daxenberger** (Regensburg). Ein Fall von Pneumokokkenperitonitis mit Heilung.
(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 5.)

Die Peritonitis war bei dem 5jährigen Kinde wahrscheinlich bald zu Beginn der linksseitigen pneumonischen Erkrankung aufgetreten; das Kind bekam Bauchschmerzen und Erbrechen und zeigte schon am 1. Tage Meteorismus, der rasch zunahm, nach 8 Tagen ein eitriges peritonitisches Exsudat, dessen Entleerung durch zwei Schnitte rechts und links am äußeren Rande des M. rectus mit nachfolgender Ausspülung der Bauchhöhle und Drainage in kurzem Besserung und schließlich vollständige Heilung herbeiführte. Der Eiter enthielt reine Kolonien des Diplokokkus pneumoniae Fraenkel. **Kramer** (Glogau).

20) **Morton.** Diffuse peritonitis from perforation of the appendix; its diagnosis and treatment, with a record of 14 cases with 12 recoveries.
(Brit. med. journ. 1906. Januar 13.)

M. unterscheidet zwischen diffuser und allgemeiner Peritonitis und nennt »allgemein« solche Fälle, bei denen wirklich die gesamte Bauchfellhöhle ergriffen ist, »diffus« solche, bei denen wesentlich die untere Peritonealhöhle befallen ist, und zwar in ausgedehnter Weise ohne besondere Begrenzung der Eiterherde. Von solchen »diffusen« Peritonitiden rettete er 12 unter 14, von »allgemeinen« nur einen unter sechs; ein Beweis für die Trübung der Prognose beim Fortschreiten der Peritonitis auf die obere Bauchhöhle. Die Aufgabe der Behandlung besteht darin, diese Ausbreitung zu verhindern. — Nach kurzer Aufzählung der 14 Krankengeschichten versucht M. die einzelnen klinischen Unterschiede anzugeben zwischen »diffuser Peritonitis« in seinem Sinne und der umschriebenen appendicitischen

Eiterung und beweist nach Durchsprechung der einzelnen Zeichen wiederum nur die Unmöglichkeit, in allen Fällen bestimmte Gruppen von Appendicitis klinisch auseinanderzuhalten. So groß ist die Mannigfaltigkeit des Begriffes Peritonitis, so unzuverläßig sind die einzelnen Symptome! — Bei der Behandlung hat M. die Glasdrains ganz aufgegeben und ersetzt durch aufgeschlitzte Gummidrains, die er mit einem Gazedocht füllt. Ebenso hat er die Einspritzung von Abführmitteln durch den Wurmfortsatzstumpf aufgegeben zu gunsten sehr heißer, 4stündlich wiederholter Terpentineinläufe, die er dringend empfiehlt. — Für sehr wichtig während der Operation und der folgenden Tage hält er die ständige Schräglage, damit der Eiter keinesfalls die obere Bauchhöhle erreicht. **Weber** (Dresden).

21) **J. Burfield.** A case of bilharzia infection of the vermiform appendix.

(Lancet 1906. Februar 10.)

Der 36jährige Kranke, der Angestellter an der Eisenbahn in Südafrika gewesen war, hatte eine lange, mehr als 6jährige Leidensgeschichte von Appendicitis und daran anschließenden Abszessen mit sich nie vollständig schließenden Fisteln hinter sich. Schließlich wurde er im St. Bartholomews-Hospital geheilt, und zwar durch Exstirpation des außerordentlich verwachsenen Wurmfortsatzes. — Mikroskopische Untersuchung in Schnitten durch den Wurmfortsatz ergaben in und unter der Schleimhaut Eier von Bilharzia haematobia.

Nach F. M. Landwith gelangen die Parasiten in den menschlichen Organismus auf drei Wegen: 1) durch den Mund; 2) durch die Haut; 3) durch Harnröhre oder Mastdarm. Die Hauptmöglichkeit des Eindringens der Bilharzia besteht beim Baden in tropischen Gewässern. Verf. nimmt auch für seinen Fall diesen Infektionsmodus als wahrscheinlich an. Der Pat. pflegte mit seinen offenen Appendicitisfisteln häufig zu baden, und der Parasit wird so direkt in den Wurmfortsatz gelangt sein.

Auch für das vaginale oder rektale Eindringen wird von Landwith das Baden verantwortlich gemacht. Im sauren Magensaft werden die Parasiten leicht vernichtet.

Verf. erwähnt aus der Literatur Fälle von Kelly, wo Askariden, Bandwürmer, Echinokokken und Oxyuren im Wurmfortsatze gefunden wurden. Den einzigen, seinem eigenen analogen Fall veröffentlichte angeblich Aireton, doch konnte Verf. näheres darüber nirgends finden. Der seltene Fall dürfte eine nennenswerte Bereicherung der Appendicitisliteratur bilden. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

22) **C. C. Barrows.** Appendicitis in children.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. November 25.)

B. betont die Vorzüge der Frühoperation bei Kindern an der Hand von instruktiven Krankengeschichten und verwirft das Abwarten aus den bekannten Gründen: Schwierigkeit der Diagnose, Neigung zu stürmisch progredientem Verlauf. Zwei Fälle von operativer Heilung sehr schwerer allgemeiner Peritonitis bei Kindern vervollständigen das Bild, dem B. noch eine seltene Krankengeschichte beifügt: Perityphlitis bei einem 12jährigen Mädchen nach Stoß gegen den Unterleib. Nach 4 Tagen Radikaloperation, bei der außer dem entzündeten Wurmfortsatz ein retroperitoneales Hämatom in der linken Fossa iliaca gefunden wird, das sich bis zur Niere hinauf erstreckt. Urinfistel, später Nierenexstirpation wegen totalen Abrisses des Nierenbeckens. Heilung. **Lengemann** (Bremen).

23) **Barnsby** (Tours). Appendice iléo-caecal et fond de la cupule caecale étranglés et sphacélés dans un sac de hernie crurale. Résection. Guérison. Rapport of Lucien Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 25.)

Bei der Operation eines seit 5 Tagen eingeklemmten rechtsseitigen Schenkelbruches an einer 45jährigen Frau fand B. im Bruchsacke neben einer dünnen Netz-

platte den brandigen Wurmfortsatz und einen Teil der Wand des Blinddarmes; beim Anziehen riß der Fortsatz ab; B. tamponierte sofort die ganze Wunde und schloß die Laparotomie an; er resezierte den im Bruche verklebten Teil des Blinddarmes und vernähte den Darm durch doppelte Etagennaht; dann umschnitt er das Bauchfell an der inneren Bruchpforte und verschloß, nachdem er das Bauchfell von der Bauchwand abgelöst hatte, die Bauchhöhle durch fortlaufende Catgutnaht, so daß Bruchpforte und Bruchsack schließlich extraperitoneal gelagert waren; nunmehr exstirpierte er von der ersten Operationswunde aus den ganzen Bruchsack nebst Inhalt und drainierte unter dem Leistenbande durch die Wundhöhle, nachdem er die Wunde durch Naht verkleinert hatte. Heilung nach 14 Tagen.

P. bemerkt dazu, daß das geschilderte Verfahren wohl bei gutem Allgemeinzustande der Pat. durchführbar sei, empfiehlt aber für weniger widerstandsfähige Kranke zunächst nur die Anlegung eines Kunstafters und erst nach einigen Tagen in einer zweiten Sitzung die Vornahme der Darmnaht. **Thümer** (Chemnitz).

24) **Carmichael.** Remarks on some varieties of hernia in children, after radical cure in 152 cases.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 3.)

Die operative Behandlung der Hernien des Kindesalters tritt mehr und mehr in den Vordergrund und gilt erfahrenen Chirurgen als am meisten befriedigend. Von C.'s 152 Fällen waren 19 Leistenbrüche weiblich, von den übrigen, ausschließlich männlichen, betrafen 44 das Alter unter 1 Jahr, 67 dasjenige zwischen 1 und 5 Jahren, 22 dasjenige über 5 Jahre. Im allgemeinen pflegt C. den Eingriff zu verschieben bis zum 4.—8. Monate, weil die Kinder zu dieser Zeit einen gewissen Vorsprung an Ernährung haben, und weil die Haut dann weniger zu Intertrigo und Exkoriationen geneigt ist. Die Kinder sind meist bereits über 1 Jahr alt. wenn sie ins Hospital gebracht werden; daher betrifft die große Mehrzahl der bearbeiteten Fälle das Alter über 1 Jahr. — Unter seinen 152 Fällen hatte Verf. 1 Todesfall (0,6% Sterblichkeit): ein schwächliches Kind von 3 Wochen mit eingeklemmtem Bruch und ausgedehnten Exkoriationen, das an Sepsis zugrunde ging. — Die Bruchoperationen an Kindern veranlassen uns zu der Meinung, daß die angeborenen Formen eine viel größere Rolle spielen als man bisher angenommen hat. Unter den 44 Fällen unter 1 Jahre, die wahrscheinlich zum allergrößten Teile zu den angeborenen Brüchen gerechnet werden müssen, waren nur 5, in denen der Bruchsack mit der Tunica vaginalis testis in offener Verbindung stand; in den übrigen 39 Fällen fand sich ein nach unten abgeschlossener Bruchsack (»funicular sac«). Verf. hält daher diese Form für die gewöhnlichste unter den angeborenen Brüchen! — Die rechte Seite war 97mal, die linke nur 27mal, beide Seiten 9mal befallen. Alle eingeklemmten Brüche betrafen die rechte Seite (6mal, darunter 5 bei Kindern unter 1 Jahre). — 8 Fälle waren verbunden mit einer abgeschlossenen Hydrokele des Samenstranges (»encysted hydrocele of the cord«). Überhaupt ist nach Verf.s Meinung das Bestehen einer Hydrocele funiculi spermatici ein untrügliches Zeichen für einen oberhalb befindlichen Bruch. — Tuberkulose des Bruchsackes fand sich in 4 Fällen. Von den 19 Leistenbrüchen weiblicher Kinder hatten 2 Eierstock und Tube als Inhalt. Verf. hält es nicht für berechtigt, den Eierstock zu entfernen, selbst wenn er Veränderungen zeigt. Denn Aussehen und Gestalt des kindlichen Eierstockes unterliegen großen Verschiedenheiten.

Weber (Dresden).

25) **G. Thomas.** Einiges zur Bruchbandfrage.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Anknüpfend an die Arbeiten von Hoffa, Schanz, Wörner und Wagner. beschreibt Verf. die Konstruktion eines Bruchbandes für schwer zurückzuhaltende Unterleibsbrüche. Er benutzt, wie Hoffa, den unteren Abschnitt eines Hessingschen Korsetts, das den Träger für die Pelotten abgibt. Die Bruchbandfedern verlaufen von der Spina ant. sup. aus schräg vertikal nach unten, nicht in horizontaler Richtung zwischen Spina und Trochanter. Die Pelotten sind, wie beim



Wagner'schen Bruchbande, flach. Das Original enthält nähere Vorschriften für die Anfertigung des Bruchbandkorsetts. **J. Riedinger** (Würzburg).

26) **F. Krumm.** Über intraabdominale Hernien und iliakale Bauchfelltaschen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Ein 9jähriger Knabe wurde unter der Diagnose Peritonitis durch Wurmfortsatzerkrankung operiert. Bei dem Eingriff fand sich jedoch eine intraabdominale Hernie der Regio hypogastrica dextra. Es lag ohne Zweifel eine auf physiologischem Wege zustande gekommene Taschenbildung vor. Die intraperitoneale Lagerung der Bruchpforte, die einen wirklichen einklemmenden Ring darstellte, der peritoneale, in den retroperitonealen Raum der Fossa iliaca sich einlagernde Bruchsack, eine gewisse Resistenz und relative Enge des Bruchringes im Verhältnis zu der weiteren Tasche charakterisierten die intraabdominale Hernie. Wahrscheinlich handelte es sich dabei um eine abnorme, seltene Taschenbildung, und nicht um eine der bekannten normalen Bauchfelltaschen, wie sie besonders durch die neueren Untersuchungen von Waldeyer, Brösike u. a. näher beschrieben worden sind. Aus der Literatur stellt Verf. noch weitere 5 Fälle von iliakaler peritonealer Taschen- und Hernienbildung zusammen. Diese Taschen sind angeboren oder doch in den ersten Lebensjahren erworben. Sie existieren symptomlos, bis sie gelegentlich zur Hernienbildung Veranlassung geben. Eine starke Wirkung der Bauchpresse, wie z. B. bei schwerem Heben, besonders in gebückter Stellung, sowie überhaupt eine angestrengte Körperbewegung können die Einklemmung inszenieren. Bezüglich der Symptomatologie bestehen keine Unterschiede gegenüber anderen Formen der inneren Inkarzeration und des akuten Darmverschlusses. Einzelne Fälle sind wohl mehr subakut verlaufen. Als Therapie kommt natürlich nur die Operation in Betracht. Die Vernähung der Tasche hat man meist nicht für nötig gefunden. K. konnte in seinem Falle die Tasche in die Bauchwunde einnähen und teilweise verschließen. Dies wird aber nur bei iliakalen Taschen von einer gewissen Größe und Lagerung möglich sein. Bei anderen Fällen mag es sich empfehlen, das Tascheninnere von Grund aus zu vernähen oder die Taschenwand zu spalten, damit wenigstens die Bruchpforte beseitigt wird. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

27) **E. Pretzsch.** Über die Torsion des Netzes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Bei bestehendem Leistenbruch und gleichzeitigem Kryptorchismus traten ziehende Schmerzen in der Magengegend und peritonitische Reizerscheinungen, jedoch ohne Ileus, ziemlich rasch nach einem Tanzvergnügen auf. Außer in der Leistengegend fand sich eine sehr schmerzhafte Geschwulst in der ganzen linken Unterbauchgegend, die erst kurz vor der Operation entstanden war. Bei dieser fand sich eine Torsion des im Bruchsacke verwachsenen Netzes zweimal um 360° mit klumpiger Verdickung und hämorrhagischer Infarcierung. Nach ausgedehnter Netzresektion, Radikaloperation des Leistenbruches und Orchidopexie des Bauchhodens trat glatte Wundheilung und Aufhören der Magenschmerzen ein.

Im Anschluß an diesen eigenen und 44 aus der Literatur gesammelte Fälle gibt Verf. ein sehr eingehendes, übersichtliches Bild der pathologisch-anatomischen und klinischen Verhältnisse bei Netztorsionen und erörtert die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose.

Der sehr interessanten Studie ist ein Literaturverzeichnis von 41 Nummern beigefügt. **Reich** (Tübingen).

28) **Lapeyre** (Tours). Deux cas de perforation de l'estomac par ulcère rond. Intervention et suture dans les deux cas, une guérison, une mort. Rapport par M. Bazy.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 17.)

L. berichtet über zwei Fälle von perforierendem Magengeschwür; der erste wurde nach 53 Stunden operiert und endete tödlich am 7. Tage durch eitrige Peri-



tonitis; er beansprucht kein besonderes Interesse. Im zweiten Falle entwickelte sich bei einer 32jährigen chlorotischen Pat. im Verlaufe mehrerer Jahre links von der Mittellinie im Epigastrium eine teigige Geschwulst, die nach einer Schwangerschaft, unter Zunahme der subjektiven Beschwerden, sich schnell vergrößerte, schließlich nach außen aufbrach und zu einer Magenfistel wurde, aus der alle aufgenommenen Speisen wieder abflossen. Die ca. thalergroße Fistelöffnung wurde umschnitten und die Magenöffnung nach Ablösung des Magens von der Bauchwand durch eine doppelte Etagennaht mit Zwirn verschlossen; darüber Etagennaht der Bauchdecken unter Einleitung eines Gazestreifens nach dem Magen zu; der Heilung folgte schnelle Erholung der entkräfteten Kranken. In der Literatur findet B. unter 70 Fällen mit Magenfisteln nur 15, die nach Magengeschwür aufgetreten waren. Der erwähnte Fall steht insofern einzig da, als bei ihm nach dem ersten operativen Eingriffe Heilung eintrat. **Thümer** (Chemnitz).

29) **A. B. Mitchell** (Belfast). A contribution to the surgery of perforating gastric ulcer.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. April 26.)

Eine kleine Kasuistik, die aber dadurch wertvoll ist, daß sie alle Fälle umfaßt, die in einem bestimmten Bezirk (Provinz Ulster in Irland) zur Operation gekommen sind. Sie gibt dadurch ein besseres Bild als die großen Sammelstatistiken der publizierten Fälle, unter denen ja die geheilten immer mehr vorwiegen werden, als es der Wirklichkeit entspricht. Trotzdem sind hier die Erfolge ungefähr dieselben, wie in anderen größeren Statistiken: auf 14 Fälle 7 Heilungen, also 50%. Im Anschluß an eine Tabelle bespricht M. die Symptome und Therapie.

Lengemann (Bremen).

30) **A. Loeb.** Ein Fall von Magen-Lungenfistel. (Aus der medizinischen Klinik zu Straßburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 5.)

Den von Hilgenreiner gesammelten neun Fällen von Magen-Lungenfistel reiht L. einen neuen, ätiologisch unklaren an, der einen 28jährigen Mann betrifft. Die Fistel besteht angeblich seit 1894, zu welcher Zeit Pat. an Husten mit Blutbeimengungen im Auswurf und Atemnot erkrankte; er bemerkte bald, daß der Husten zumeist nach dem Essen sich einstellte, ohne daß Beschwerden von seiten des Magens bestanden. Vor 2 Jahren wurde der Auswurf übelriechend, sauer schmeckend, verursachte Brennen im Halse und enthielt öfters Speiseteile; Pat. fühlte sich im übrigen wohl. Die Untersuchung ergab Schrumpfung und Höhlenbildung in der rechten Lunge, bei Bestehen von mäßiger Trommelschlägelform der Finger. Bei Darreichung von Methylenblau in Oblaten am Schluß einer Mahlzeit war das Ausgehustete deutlich blau; es enthielt stets Speisereste mit denselben Bakterien, wie sie im ausgeheberten Mageninhalte zu finden waren, und reagierte sauer. L. hält für möglich, daß als das Primäre ein latentes Geschwür der Pars pylorica bestanden habe. **Kramer** Glogau).

31) **E. Perutz.** Zur Kenntnis der Magen-Kolonfisteln.

(Med. Klinik 1906. Nr. 3.)

Bei einem an den Erscheinungen eines Magenkrebses leidenden 33jährigen Manne trat wenige Minuten nach Magenspülungen wäßriger Stuhl auf. Die Probelaparotomie ergab ein bereits disseminiertes Karzinom, das mit dem Querdickdarm breit verwachsen war. Tod nach wenigen Wochen. Kurze Zusammenstellung der bisher veröffentlichten klinischen Erfahrungen über Magen-Kolonfisteln. Ein operatives Vorgehen ist in allen Fällen, wo es Alter und Kräftezustand erlauben durchaus geboten. **Georg Schmidt** (Berlin).

32) **Childe.** Simultaneous excision of two thirds of the stomach, the anterior face of the pancreas, and the transverse colon for carcinoma.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 27.)

Für die englische Literatur ein Unikum! Die Operation an der 35jährigen Frau deckt ein Karzinom auf, das, vom Pylorus an der Vorder- und Hinterwand des Magens entlang ziehend, die Hälfte des Magens einnimmt und nach hinten zu mit dem Mesocolon transversum, dem Lig. gastro-colicum, der hinteren Magenwand und der Vorderfläche des Pankreas eine einzige Masse bildet. An die Resektion von $^2/_3$ des Magens (Billroth II) und die Fortnahme der oberflächlichen Pankreasschichten mußte die Resektion des Colon transversum angeschlossen werden mit ringförmiger Vereinigung, weil das letztere durch die notwendig gewordene Fortnahme des Mesokolon seiner Ernährung beraubt war. Glatte Heilung. An einen Dauererfolg glaubt C. selbst nicht. **Weber** (Dresden).

33) **M. Haedke.** Zur operativen Behandlung der Darminvagination.

(Med. Klinik 1906. Nr. 1.)

Bei Darminvagination soll, wenn Maßnahmen vom Mastdarm aus erfolglos sind, sofort operiert werden. Schwere Einkeilungen und Verklebungen des Darmes lassen sich durch bloße Einläufe usw. mechanisch nicht lösen. — H. selbst führte bei einem $^1/_2$jährigen, bereits sehr verfallenen Kinde nach dem Bauchschnitte die Desinvagination des 15—20 cm weit eingestülpten Blinddarmes mit Wurmfortsatz und aufsteigenden Dickdarmes mit bestem Erfolge aus. Bei einem anderen Kinde hatte sich nach mehrtägigem Krankenlager als Naturheilung ein Darmvorfall aus dem After mit gangräneszierender Abstoßung des Intussuszeptums gebildet, aus welchem wieder normaler Stuhl austrat. Trotzdem starb das Kind 2 Tage später. Die Operation war verweigert worden. **Georg Schmidt** (Berlin).

34) **Danielsen.** Über den Volvulus des ganzen Dünndarmes und aufsteigenden Dickdarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen sehr interessanten, von Küttner operierten Fall von Volvulus des aufsteigenden Dickdarmes, des Blind- und des gesamten Dünndarmes um 360°, wobei das enorm aufgeblähte Colon ascendens derart in die linke Bauchhälfte geworfen war, daß der Blinddarm mit Wurmfortsatz in der Nähe der Milz lag. Den Ausgangspunkt der ganzen Drehung bildete wahrscheinlich eine in einer linksseitigen Labialhernie verwachsene, hochgelegene Dünndarmschlinge. 9 Tage nach der Laparotomie starb Pat. infolge von Peritonitis. Die bei der Autopsie festgestellte alte Mesenterialperitonitis scheint auch in diesem Fall eine Disposition für den Volvulus abgegeben zu haben.

Neun aus der Weltliteratur zusammengestellte ähnliche Fälle ergänzen die Arbeit, welche sich auch über Diagnose, Entstehungsmechanismus u. a. ausführlich verbreitet. Literaturangabe. **Reich** (Tübingen).

35) **Kanzler.** Über den Dünndarmkrebs.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Nach Sichtung der Literatur gibt die Arbeit eine Zusammenstellung von 23 publizierten Fällen von Karzinom des Jejunum und Ileum unter Ausschluß der Karzinome des Duodenum und der Ileocoecalgeschwülste. Durch Mitteilung von zwei Fällen aus der Heidelberger Klinik wird die Gesamtzahl der bekannten Fälle auf 25 erhöht, woraus sich die Seltenheit dieser Lokalisation ergibt. In beiden Fällen konnte eine genaue Diagnose erst bei der Operation gestellt werden. Der eine Pat. war inoperabel und wurde nach Heilung der Gastroenterostomie gebessert entlassen. Der andere Pat. kam infolge von Peritonitis zur Obduktion, welche das Vorhandensein von Lebermetastasen ergab, während die regionären Lymphdrüsen auffallenderweise als krebsfrei befunden wurden. Die mikroskopische Unter-

suchung führte zur Diagnose eines Adenocarcinoma cylindrocellulare mit teilweisem Bau des Gallertkrebses. Zum Schluß werden alle 25 Fälle einer kritischen Betrachung unterzogen, aus der u. a. hervorgeht, daß von den elf operierten Fällen nur einer dauernd geheilt wurde. Die Aussichten nach der Radikaloperation sind demnach recht ungünstige, nicht zuletzt wegen der Schwierigkeit einer frühzeitigen Diagnosenstellung. **Reich** (Tübingen).

36) **Lindner.** Über Thrombose der Mesenterialgefäße.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 44a.)

Mitteilung eines Falles von Thrombose der Mesenterialvenen. Diagnose war auf Peritonitis gestellt. Resektion von 2.6 m Dünndarm. Seit-zu-Seit-Vereinigung der Darmenden. Tod 20 Stunden p. op. Sektion ergibt: Thrombose der Pfortader mit Darmbrand der Vena cava inferior und der Gekrösgefäße. Brand einer Dünndarmschlinge. Thrombose der Milzgefäße. Die Ursache der Thrombose wurde durch die Sektion nicht aufgeklärt.

Schwere, meist blutige Durchfälle und dynamischer Ileus sind die hervorstechendsten Symptome der Krankheit, aber nur das letztere darf zu einem operativen Eingriff Anlaß geben, da diejenigen Fälle, welche sich in der Hauptsache unter Durchfällen abspielen, für den Chirurgen kaum eine Bedeutung haben. Sehr heftiges Einsetzen der Symptome mit rapidem Verfall und blutigen Durchfällen sind Kontraindikationen.

Von elf operierten Fällen sind drei geheilt. Verf. warnt vor der End-zu-End-Vereinigung bei Darmresektionen, die durch Mesenterialthrombosen bedingt sind. Am zweckmäßigsten ist die Anlegung eines Kunstafters, weil die Operation dadurch bedeutend abgekürzt wird; oder man verschließt beide Darmenden unter reichlicher Einstülpung und stellt die Kontinuität durch Seit-zu-Seit-Vereinigung her. Der Versuch, durch Laparotomie den Kranken zu retten, muß in allen den Fällen gemacht werden, in denen nicht die Ätiologie der Mesenterialthrombose eine Kontraindikation abgibt. **Langemak** (Erfurt).

37) **Kenyeres.** Zwei Fälle des Verdachtes auf Selbstverstümmelung.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Die meisten Selbstverstümmelungen kommen in der Zeit zwischen Aushebung und Einstellung vor, nur ganz ausnahmsweise vor der Aushebung, da ja die Möglichkeit, sowieso frei zu werden, noch besteht.

Während der aktiven Dienstzeit sind wirkliche Verstümmelungen ebenfalls selten, häufiger dagegen kleinere Beschädigungen, die der Soldat sich zufügt, um irgendeiner schwierigen Leistung aus dem Wege zu gehen.

Die häufigsten Verstümmelungen betreffen den rechten Zeigefinger. Nicht selten kommen auch Unschuldige in Verdacht. So konnte Verf. bei zwei jungen Männern mittels der Röntgenstrahlen nachweisen, daß die in Frage kommenden Beschädigungen der Pat. schon lange Zeit bestanden haben mußten.

Gaugele (Zwickau).

38) **D. G. Zesas.** Zum angeborenen Hallux valgus.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Gegenüber einer Bemerkung von Klar, der in der Literatur keine Angaben darüber fand, ob ein Fall auf fehlerhafte Keimanlage zurückzuführen war, berichtet Verf. über einen von Morel-Lavallée schon im Jahre 1861 veröffentlichten, später von Mauclaire anatomisch untersuchten Fall, der in der Lage ist, diese Lücke auszufüllen. **J. Riedinger** (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. Sonnabend, den 14. April. 1906.

Inhalt: W. Hagen, Die Intermediäroperation bei akuter Appendicitis. (Original-Mitteilung.)

1) **Head,** Zur Physiologie der Empfindung. — 2) **Toubert,** Chlorkalzium zur Blutstillung. — 3) Verhandlungen der Deutschen Röntgengesellschaft. — 4) **Hellin,** Doppelseitiges Empyem. — 5) **Suter,** Zwerchfellswunden. — 6) **Carstens,** Splenektomie. — 7) **Guleke,** Akute Pankreaserkrankungen. — 8) **Gardner,** Angeborene Harnröhrenverengerung. — 9) **v. Hacker,** Harnröhrenplastik. — 10) **Snow,** 11) **Barker,** 12) **Proust,** Prostatahypertrophie. — 13) **Strauss,** Ausschabung der Harnblase. — 14) **Suter,** Nierenverletzungen. — 15) **Sturmdorf,** Nephropexie.

H. Ebbinghaus, Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Fußleiden. Die Verletzung des Tuberculum majus calcanei. (Original-Mitteilung.)

16) **Konjetzny,** Glykosurie nach Knochenbrüchen. — 17) **Eckel,** Spontanfrakturen. — 18) **Coenen,** Hautkrebs. — 19) **Albers-Schönberg,** Orthoröntgenographie. — 20) bis 22) **Sjögren,** Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste. — 23) **Sieiro,** Milzbrand. — 24) **Moschcowitz,** Bier'sche Stauung gegen Akne. — 25) **Heine,** Bier'sche Stauung gegen Mittelohrentzündung. — 26) **Conkling,** Herzmassage. — 27) **Hesse,** Herzwunde. — 28) **Osler,** Brustkrebs. — 29) **Harrison** und **Eve,** Splenektomie. — 30) **Deetz,** Leberzerreißung. — 31) **Pereira** u. **Harris,** 32) **Otten,** Zur Chirurgie der Gallenblase. — 33) **Struve,** Harnröhrendefekt. — 34) **Thomson,** Prostatektomie. — 35) **Serafini,** Urachusfistel. — 36) **Fenwick,** Nierentuberkulose. — 37) **Frank,** Chorionepitheliome. — 38) **Corner** und **Nitch,** Varikokele.

(Aus der chir. Abteilung des städtischen Krankenhauses in Nürnberg. Hofrat Dr. Carl Göschel.)

Die Intermediäroperation bei akuter Appendicitis.

Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Prof. Sprengel im Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXIX Hft. 1.

Von

Dr. **Wilhelm Hagen,** Sekundärarzt.

Der Chirurgenkongreß 1905 bedeutet zweifellos einen Markstein in der Geschichte der Appendicitisfrage. Eine erlösende Einstimmig-

keit aller Fachgenossen hat der seit Jahren heiß umstrittenen Frühoperation zu ihrem verdienten Rechte verholfen. Kaum hatten wir jedoch hierin einen sicheren Standpunkt gewonnen, als schon die weitere Frage in den Vordergrund trat: Wie sollen wir uns den Fällen des sog. Intermediärstadiums gegenüber verhalten? Schon bei der Diskussion auf dem Chirurgenkongreß wurden in diesem Punkte Meinungsverschiedenheiten laut, und neuerdings hat Sprengel an der Hand einer zahlenmäßigen Zusammenstellung der Operation in diesem Zeitraume warm das Wort geredet. Ich habe daraufhin unser Material einer erneuten Würdigung unterzogen, um zu erfahren, ob sich unser gegenteiliger Standpunkt auf mehr als subjektive, mehr oder weniger zufällige Eindrücke zu stützen vermag. Das bei diesen Untersuchungen gewonnene Resultat drängt mich, auf die Ausführungen Sprengel's näher einzugehen.

In einem zusammenfassenden Bericht über unsere Erfahrungen in der Appendicitisfrage (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVI) habe ich Ende 1904 unseren Standpunkt hinsichtlich der Intermediäroperation folgendermaßen präzisiert: »Vom 3. Tage an ist eine zuwartende Behandlung in den nicht progredienten Fällen berechtigt, wenn wir die Kranken ständig zu überwachen imstande sind, um mit dem Eintreten irgendeines alarmierenden Zwischenfalles sofort eingreifen zu können. Es erscheint daher dringend geboten, solche Kranke sofort einem Krankenhaus oder einer Klinik zuzuführen. Fälle mit progredienter Tendenz oder allgemein septischen Erscheinungen sind auch nach den ersten beiden Tagen zu operieren, und zwar je früher, desto besser.«

Wir haben seitdem an diesem Prinzip festgehalten und haben es nicht zu bereuen gehabt. Seit Abschluß meiner damaligen Arbeit hatten wir 103 Fälle von Appendicitis zu behandeln Gelegenheit. Ich verfüge somit jetzt seit dem Jahre 1897 im ganzen über 287 Fälle, davon waren nach Abrechnung der Intervalloperationen 50 Frühoperationen mit 0% Mortalität und 171 Spätfälle mit 29% Mortalität (einschließlich der mit diffuser Peritonitis zugegangenen). Von den letzteren entfallen 40 umschriebene Wurmfortsatzerkrankungen auf das Intermediärstadium, d. i. die Zeit vom Ende des 2.—5. Tages. Während wir früher auch in diesem Intervall ausnahmslos operiert haben, wurden im Laufe des letzten Jahres 14 Pat. dieser Zeit exspektativ behandelt. Wir haben dieselben alle — auch sehr schwere Erkrankungsfälle — dem freien Intervallstadium zuführen können. Die übrigen 26 Pat. fielen früher dem Messer anheim — leider —, denn die Erfolge waren erschreckend ungünstige: über ein Drittel, nämlich 9 Fälle, gingen, ich kann wohl mit Recht sagen, zum großen Teile an der Operation zugrunde (34,7%!).

Nun können freilich diese kleinen Zahlen keinen Anspruch darauf erheben, eine besondere Beweiskraft zu haben; indes wir hatten nicht den Mut, nach solch traurigen Erfahrungen weiterhin die Probe aufs Exempel zu machen, zumal wir mit der Änderung unsere Indikationsstellung mit einem Schlage durchaus befriedigende Erfolge erzielten: nicht einen Pat. haben wir mehr in dieser gefährlichen Zeit verloren. Jedenfalls reichen die Zahlen aus, um unseren subjektiven Empfindungen von der Bedenklichkeit der Intermediäroperation eine positive Unterlage zu sichern. Nun könnte man freilich einwenden, daß die Dignität der exspektativ und der operativ angegangenen Fälle eine ungleiche war. Daß dies nicht der Fall ist, wird aus einigen unten im Auszug angeführten Krankengeschichten ersichtlich. Dagegen bin ich leider in der Lage zu zeigen, daß gerade durch die Operation eine zweifellos begrenzte Entzündung ohne progredienten Charakter diffus werden kann, ohne einen Fehler in der Asepsis, sondern lediglich durch die unter allen Kautelen ausgeführte Operation in einer für das chirurgische Vorgehen nicht mehr geeigneten Periode der Erkrankung.

Fall 1. 23jähriger kräftiger Mann, vor etwa 70 Stunden mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und initialem Schüttelfrost erkrankt. Kein Erbrechen. Temperatur bei der Aufnahme 38,4 i. r., Puls 100, mittelkräftig. Bauchdecken in der Ileocoecalgegend straff gespannt, sehr stark druckempfindlich; keine Dämpfung. Leib im übrigen weich und schmerzfrei. Sofort Operation: Bauchhöhle frei. Vorliegendes Coecum und umgebende Dünndarmschlingen blaß, nicht im geringsten injiziert. Wurmfortsatz liegt frei nach unten und innen, nicht verlötet, gering injiziert. Resektion desselben. Bauchdeckennaht. Die Wand des Wurmfortsatzes war erheblich ödematös verdickt, Schleimhaut gequollen, kleine Hämorrhagien in derselben. Im Lumen etwas kotige Flüssigkeit. Am 2. Tage nach der Operation Tod unter peritonitischen Erscheinungen. Sektion: diffuse, fibrinös-eitrige Peritonitis. Ödematös-eitrige Durchtränkung des retrocoecalen Zellgewebes. Coecumnaht suffizient.

Fall 2. 21jähriger Mann, seit 4 Tagen mit heftigen sich steigernden Leibschmerzen und initialem Schüttelfrost erkrankt. Nicht erbrochen. Temperatur bei der Aufnahme: 39,5 i. r., Puls 100, etwas weich. In der Ileocoecalgegend umschriebene Resistenz und Schallkürzung, starke Druckempfindlichkeit. Übriges Abdomen weich. Sofort Operation (am 5. Tage): Bauchhöhle frei. Vorliegendes Coecum gering injiziert, an dem nach vorn und unten davon liegenden Wurmfortsatze sieht man kleine fibrinöse Beläge. Die Dünndarmschlingen der Umgebung völlig reizlos. Sicherung der Bauchhöhle mit Stopftampons. Coecum vorgezogen. In den Verlötungen zwischen diesem und Wurmfortsatz ein kleiner, etwas über kirschkerngroßer Abszeß, der sorgfältig aufgetupft wird. Resektion des Wurmfortsatzes. Stopftampons bleiben liegen. — In den beiden nächsten Tagen bei schlechtem Allgemeinbefinden zunehmender Meteorismus, kein Flatus. Erbrechen stellt sich ein. Am 6. Tage post op. wurde eine Enterostomie vorgenommen; am darauffolgenden Tage Tod. Sektion: diffuse eitrige Peritonitis. Coecumnaht suffizient.

Fall 3. 26jähriger Mann, seit 3 Tagen mit Erbrechen und Leibschmerzen erkrankt. Temperatur bei der Aufnahme 37,8 i. r., Puls 90, kräftig. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. In der Ileocoecalgegend umschriebene, sehr druckempfindliche Resistenz und Dämpfung. Sofort Operation (am 3. Tage): In der Umgebung des gering injizierten, vorliegenden Coecums etwa ein Teelöffel voll seröses Exsudat. Serosa der umgebenden Dünndarmschlingen blaß und glänzend. Sicherung der Bauchhöhle mit Stopftampons. Wurmfortsatz frei, medial vom Coecum liegend, zwischen mittlerem und peripherem Drittel geknickt durch narbige Schrumpfung des Mesenteriolums. Resektion desselben. Stopftampons bleiben liegen. Wurmfortsatz zeigt an der Knickungsstelle einen stecknadelkopfgroßen subserösen Abszeß (vornehmlich die Schicht der Muscularis betreffend, mikroskop.). Schleimhaut ist ödematös gequollen; erbsengroßer Kotstein im Lumen. — Am 2. Tage post op. Erbrechen, in den folgenden Tagen zunehmender Meteorismus; am 6. Tage post op. Darmfistel an einer in der Wunde vorliegenden Dünndarmschlinge angelegt. Zustand verschlechtert sich zusehends. Am 10. Tage post op. Tod. Sektion: diffuse eitrige Peritonitis. Coecumnaht suffizient.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen. Es sind die markantesten Beweise, die ohne Zweifel eine ernste und eindringliche Sprache reden. Bei unseren übrigen Todesfällen handelte es sich mehr oder weniger um analoge Verhältnisse. Aber auch in den Fällen, die schließlich doch noch zur Heilung führten, ging es meist nicht ohne große Sorgen ab. Ich will hierfür ebenfalls nur ein Beispiel anführen, das hinlänglich erhellen mag, wie wenig Freude wir mit der Intermediäroperation erlebt haben.

Fall 4. 26jähriger kräftiger Mann, bisher stets gesund. Vor 4 Tagen plötzlich mit heftigen Schmerzen im Unterleib erkrankt. Brechreiz ohne Erbrechen. Einigemal diarrhoische Stühle. Abdomen in der rechten Unterbauchgegend sehr druckempfindlich. Keine besondere Resistenz; kein Tumor; geringe Schallkürzung rechts unten. Temperatur bei der Aufnahme 37,6 i. r., Puls 72, mäßig gefüllt. Sofort Operation. Bauchhöhle frei. Zwischen vorliegendem, ziemlich stark injiziertem Coecum und dem Wurmfortsatz innige Verwachsungen. Ein eigentliches Mesenteriolum fehlt. Der Wurmfortsatz muß Schritt für Schritt stumpf aus den Verwachsungen herausgeschält werden. Die umgebenden Dünndarmschlingen frei von Entzündung. Resektion des Wurmfortsatzes. Seine Serosa ist stark gerötet, soweit sie erhalten; Schleimhaut dunkelblaurot verfärbt; im Lumen schleimig-kotiger Inhalt. Wandung im ganzen ziemlich verdickt. — Die Stopftampons bleiben liegen. — Am nächsten Tage macht Pat. einen etwas kollabierten Eindruck. Puls sehr klein und weich, 100; Temperatur 38,9. Puls hebt sich unter intravenöser Injektion von Digalen, Kochsalzinfusionen subkutan. Am 6. Tage post op. starke Sekretion aus der Wunde. Leib weich; Allgemeinzustand leidlich befriedigend. Am Anfange der 2. Woche abermals Verschlechterung des Pulses. Es stellt sich Erbrechen ein. Leib etwas aufgetrieben und gering druckschmerzhaft. Hinter den Tampons keine Eiterverhaltung. Flatus sistieren. In den nächsten Tagen deutlicher Ikterus. Erbrechen hat nach Magenspülung aufgehört. Herztätigkeit hebt sich unter Kochsalzinfusionen langsam. Dabei immer Temperaturen zwischen 38,1 und 38,5 i. r. Endlich am Anfange der 3. Woche beginnt eine Besserung, die dann Stand hält. 8 Wochen nach der Operation Heilung.

Vergleichen wir damit die Fälle, die bei exspektativer Behandlung genasen, so werden wir — es handelt sich hierbei im Durchschnitt um nicht minder schwere Fälle — zu ihren Gunsten auch in Zukunft leichten Herzens auf ein aktives Vorgehen verzichten.

Fall 5. 21jähriges kräftiges Mädchen, seit 3 Tagen mit heftigen Leibschmerzen erkrankt. Nicht erbrochen. Temperatur bei der Aufnahme 39,4 i. r., Puls 100, etwas klein. Leib gering aufgetrieben, in der Ileocoecalgegend stark druckempfindlich; hier eine deutliche Resistenz (Muskelspannung?); Tumor nicht zu tasten. Keine Dämpfung. Am 3. Tage nach der Aufnahme (Temperaturen wie anfangs zwischen 39,0 und 39,5) bildet sich ein deutlicher Tumor in der Blinddarmgegend heraus, der aber in der Folge sich unter gleichzeitigem Abklingen der Temperatur völlig zurückbildet. Nach 6 Wochen, bei Fehlen jeglichen Objektivbefundes, Intervalloperation. Genesen.

Fall 6. 29jähriges Mädchen, vor 3 Tagen mit allmählich sich steigernden Leibschmerzen erkrankt. Wiederholt erbrochen. Temperatur bei der Aufnahme 38,5 i. r., Puls 100, mittelvoll. Deutlich umschriebene, sehr stark druckempfindliche Resistenz in der Ileocoecalgegend. Erbrechen hat aufgehört. Schon in den nächsten Tagen konnte ein Kleinerwerden des Tumors konstatiert werden; am 7. Tage nach der Aufnahme war Pat. fieberfrei; der Tumor bildete sich vollständig zurück. Nach 6 Wochen Intervalloperation. Genesen.

Fall 7. 24jähriges Mädchen; vor 4 Tagen mit heftigen Leibschmerzen erkrankt, an den beiden letzten Tagen wiederholt erbrochen. Temperatur bei der Aufnahme 38,5 i. r., Puls 90, gut. Abdomen in den unteren Partien leicht aufgetrieben und druckempfindlich, rechts mehr als links. Starke Spannung und Resistenz in handtellergroßem Bezirke der Ileocoecalgegend. Erbrechen hört auf. Anfangs noch hohe Temperaturen, nach einigen Tagen Abklingen derselben unter gleichzeitiger Rückbildung der klinischen Erscheinungen. Nach 6 Wochen Intervalloperation. Genesen.

Auch in den übrigen Fällen, die ich nicht alle einzeln aufführen will, konnten wir stets eine Lokalisierung und völlige Rückbildung der Entzündungserscheinungen beobachten und uns durch die Intervalloperation von der Richtigkeit unserer Indikationsstellung überzeugen. Ich bin weit davon entfernt zu glauben, daß dies immer so glatt der Fall sein wird. Ich gebe ohne weiteres zu, daß das Intermediärstadium weitaus die gefährlichste Zeit in der Appendixerkrankung darstellt, die zweifellos auch ohne Operation eine recht beträchtliche Mortalität bietet. Aber ich glaube wenigstens nach unseren Erfahrungen zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß die an sich hohe Sterblichkeit durch einen operativen Eingriff in dieser Zeit noch ganz erheblich vermehrt wird. Es wird freilich schwer sein, dies auf rechnerischem Wege, wie Sprengel will, zu beweisen; denn man kann natürlich immer einwenden, daß die im Anschluß an Operationen Gestorbenen auch ohne solche verloren gewesen wären. Ich kann dem nur entgegenhalten, daß die von uns bei solchen Eingriffen

wahrgenommenen klinischen und anatomischen Befunde in der Mehrzahl nicht von den bei Frühoperationen ebenfalls so und so oft vorhandenen Erscheinungen abweichen. Wir müssen also annehmen, daß hier unter sonst gleichen Verhältnissen noch ein unbekannter Faktor hinzukommt, den wir vorerst nur in seinen üblen Folgen zu erkennen imstande sind. Gewiß gibt es Fälle, die von vornherein einen so bedrohlichen Eindruck machen, daß sie uns das Messer in die Hand zwingen, aber zur Regel möchten wir diese Operation nicht wieder erheben. Wenn Sprengel in diesem Verzicht einen Rückschritt erblickt, so geht er meines Erachtens etwas zu weit. Jeder Weg, der uns dem Ziele näher bringt, die Gesamtmortalität der Blinddarmentzündung zu verringern, bedeutet entschieden eher einen Fortschritt, selbst wenn wir dabei ein bisher behauptetes Gebiet aufgeben müssen. Freilich darf dies nicht so verstanden werden, als ob in diesem Zeitraum der Chirurg überflüssig wäre. Eine chirurgische Intervention kann jeden Augenblick notwendig werden und eine chirurgische Überwachung ist dringend geboten, schon um deswillen, damit der Chirurg nicht plötzlich vor eine Indikation der Notwendigkeit gestellt wird, sondern sich auf Grund täglicher Information den Zeitpunkt, der die günstigsten Chancen für einen Eingriff bietet, selbst wählen kann. Die Furcht, daß bei einer exspektativen Therapie in der intermediären Zeit vollends die mühsam errungene Frühoperation von neuem in Frage gestellt sei, kann ich auf Grund unserer Erfahrungen durchaus nicht teilen. Die Erfolge der Frühoperation sind ja für Laien und Ärzte so in die Augen springende, daß dieselbe wohl für alle Zeiten gesichert bleibt. Um so weniger dürfen wir durch ungünstige Erfolge im Intermediärstadium den guten Ruf der Chirurgie in Mißkredit bringen. Wenn auch außerhalb des Kreises der Fachgenossen sich die Anschauung erst einmal Bahn gebrochen hat, daß die beste Therapie aller Komplikationen bei Appendicitis die Prophylaxe, d. i. die Frühoperation ist, dann haben wir das Ziel, dem wir ja alle ohne Ausnahme zustreben, erreicht. Belehrung des Publikums und der Ärzte kann hier im Verein mit einer guten Statistik am meisten wirken!

Worin liegt nun aber der Grund, daß sich das Intermediärstadium so ganz anders gegenüber der Operation zu verhalten scheint wie das Frühstadium der Appendicitis? Wir stimmen völlig mit Sprengel überein, daß die prognostische Entscheidung für den Appendicitiskranken an den Schluß des zweiten Tages fällt. Danach beginnt das für den Chirurgen so fatale Stadium, wo selbst dem Erfahrensten immer wieder einmal Zweifel in der Indikationsstellung kommen werden. Der Organismus, der am Anfang der Entzündung

(am 1. und 2. Tage) sehr kräftig, oft sogar mit einem kleinen serösen Erguß in die Umgebung des Entzündungsherdes, reagiert hat, läßt jetzt, wie auch Sprengel hervorhebt, mit der beginnenden Abkapselung (vom 3. Tage an) in seiner aktiven Abwehrtendenz etwas nach; die vom Körper produzierten vorgeschobenen Vorposten nehmen den Kampf mit der meist schon über ihren ursprünglichen Sitz hinausgegangenen und auf die nächste Umgebung übergegriffen habenden Entzündung auf; sie entfalten eine rege Tätigkeit, aber es werden zunächst keine neuen Hilfstruppen ausgesandt. Erst wenn die Entzündung rasch weiter um sich greift, sei es diffus oder lokalisiert, indem ein bereits vorhandener Abszeß schnell wächst und damit unter hohen Druck gesetzt wird, dann bemüht sich der Organismus, durch erneute energische Reaktion des Feindes Herr zu werden. Ich habe gelegentlich in der Umgebung großer, stark gespannter Abszesse wieder ein dem Frühexsudat gleichartiges freies, seröses, steriles Exsudat auftreten sehen. In beiden Fällen kommt es eben darauf an, ob der Körper Zeit hat, noch rechtzeitig die nötigen Abwehrmaßregeln zu treffen.

Ich habe schon in meiner früheren Arbeit betont, daß ich in dem sog. Frühexsudat, das wohl mehr oder weniger in allen Fällen vorhanden ist, ein dem Ödem analoges Heilungsbestreben des Organismus erkenne. Dasselbe hat vermöge der darin aufgespeicherten, vom Organismus selbst produzierten »Antikörper« zweifellos eine gewisse bakterizide Kraft. Darum bietet es, solange die Erkrankung auf den Wurmfortsatz beschränkt ist, eine wertvolle Unterstützung für unseren operativen Heilungsplan (bei der Frühoperation). Ist es jedoch einmal mit durch die Wand des Wurmfortsatzes hindurchgewanderten Bakterienleibern geschwängert, dann kann es, sofern man es in Ruhe läßt, vielleicht noch in einem Teile der Fälle mit dem eingedrungenen Virus fertig werden, aber es hat nicht mehr die Fähigkeit, neu hinzugekommene oder künstlich vermehrte Infektionsquellen zu bewältigen. Darum gestalten sich die Verhältnisse so ganz anders, wenn wir durch grobe mechanische Läsionen, wie sie bei der Operation unvermeidlich sind — ich erwähne nur die Eröffnung der mit Infektionsstoffen vollgepfropften Lymphbahnen — in den Heilungsplan der Natur eingreifen. Traurige Erfahrungen haben uns gelehrt, daß wir in einer nicht geringen Zahl der Fälle damit die Entzündung nur propagieren. Hier hat dann der Körper meist keine Zeit mehr, wirksame Schutzvorkehrungen zu treffen. Dazu kommt noch, daß durch die nach dem zweiten Tage immer schon mehr oder weniger vorhandene Darmparalyse die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums erheblich herabgesetzt ist. Wir dürfen ihm also keinesfalls mehr zumuten als unbedingt nötig ist.

Ich habe im vorstehenden versucht, meine Auffassung von den hier maßgebenden Faktoren niederzuschreiben, die naturgemäß vorerst nur hypothetischer Natur sein kann. Doch läßt sich dieselbe m. E. ohne Zwang in unsere heutigen Kenntnisse von dem Wesen der Entzündung einreihen.

Seit der genialen Erfindung Bier's ahmen wir das Ödem fast bei allen akuten Entzündungen nach und enthalten uns nach Möglichkeit größerer Eingriffe. Warum sollen wir hier bei der Appendicitis im Intermediärstadium, wo uns der Körper selbst die Arbeit abnimmt, denselben in seiner Tätigkeit stören? Gewiß bleibt das Intermediärstadium immer das gefährlichste für die Pat., und es unterliegt gar keiner Frage, daß eine Reihe von Fällen auch bei exspektativer Behandlung zu den schwersten Folgen führen kann. Wir sind uns auch stets der Verantwortung voll bewußt und beobachten mit dem Messer in der Hand die Kranken auf das genaueste, um bei den ersten Anzeichen einer progredienten Tendenz eingreifen zu können. Wo dies gewährleistet ist, besteht m. E. die exspektative Therapie in dieser Zeit vollauf zu Recht. Unsere bisherigen Erfolge haben im Vergleich zu früher ihre segensreiche Wirkung zur Genüge bewiesen. Wir können uns nicht entschließen, eine Operation zu empfehlen, die uns eine Mortalität von 35% ergeben hat. Über all unserem chirurgischen Handeln steht als oberstes Gesetz: Nil nocere!

---

1) **H. Head.** The afferent nervous sytem from a new aspect.

London, **John Bale, sons & Danielsson,** Ltd., 1905.

H., der bekannte Neurologe vom London Hospital, gibt in dieser Arbeit eine neue Theorie über den Mechanismus der Gefühlsempfindung. — Bei Durchtrennung des N. medianus oder ulnaris entfällt für gewisse Teile der Finger und Hohlhand jegliche Gefühlsempfindung, während sie für andere Teile der Hohlhand nur teilweise aufgehoben ist. Die übliche Erklärung für diese Tatsache, daß die Endverzweigungen eines Nerven in die Gebiete des benachbarten übergreifen, kann nicht zutreffend sein. Denn es müßte z. B. bei einer Verletzung des N. ulnaris sich bei genauer Prüfung nachweisen lassen, daß im Gebiete seiner Endverzweigungen im Bereiche des N. medianus die Sensibilität herabgesetzt ist. Das ist aber nicht der Fall. Sorgfältige Untersuchungen ergaben vielmehr, daß die aufgehobene Sensibilität jener Teile keine vollständige ist, sondern sich nur auf leiseste Berührung und auf Temperaturen zwischen 22° und 40° C bezieht, d. h. auf besonders feine Reize. Dagegen wird ein Nadelstich als unangenehm verspürt. Bei durch die Naht vereinigten Nervenenden kehrt nach verschieden langer Zeit die Gefühlsempfindung zunächst für Schmerz und alle Arten Hitze und Kälte zurück in der Gestalt

einer Einengung des ursprünglich empfindungslosen Bezirkes. Bevor aber die Empfindung für feinste Berührungen und für Temperaturunterschiede zwischen 25° und 40° C wieder eintritt, können noch Monate vergehen. In diesem Stadium besteht gesteigerte und weithin ausstrahlende Schmerzempfindung bei Nadelstichen: Irradiation.

Zur genaueren Erforschung dieser Sensibilitätserscheinungen ließ H. sich am 25. April 1903 den Ramus cutaneus n. radialis und den N. cutaneus externus am Ellbogen resezieren und durch Naht wieder vereinigen. In einem großen, dem Ausbreitungsbezirke der Nerven entsprechenden Bereich an Vorderarm und Hand erloschen sämtliche Empfindungen für feinste Berührungen, Schmerz, Wärme und Kälte, dagegen wurden die gewöhnlich geübten Empfindungsreize (Bleistiftspitze, Nadelknopf, Fingerkuppe) richtig empfunden und genau lokalisiert! Die Tiefenempfindung war also erhalten geblieben, die gebunden ist an Fasern der motorischen Nerven und in Muskeln, Sehnen, Gelenken ausgelöst wird. Dieser Zustand dauerte 7 Wochen, dann begann die Schmerzempfindung wiederzukehren und war innerhalb 200 Tagen überall voll ausgebildet, während noch über 1 Jahr feinste Berührungen mit Watte und Zirkelspitze wirkungslos blieben. Ebenso wurden nach den ersten 7 Wochen grobe Temperaturunterschiede (Eis, Wasser über 50° C) empfunden, die dazwischenliegenden Abstufungen aber nicht. Diese Ausfallserscheinungen für Temperaturempfindungen bezieht H. auf den Fortfall der von Blix und Goldscheider beschriebenen Wärme- und Kältepunkte. Gleichzeitig mit der Wiederkehr der Schmerzempfindung erschienen auch diese Punkte wieder, und zwar isoliert in Gebieten ohne sonstige Temperaturempfindung und erregbar durch Reize unter 24° und über 38°, dabei eigenartig verändert im Sinn einer weithin ausstrahlenden und gleichsam explodierenden Wirkung. Es ließ sich nachweisen, daß diese Punkte nicht imstande waren, graduelle Unterschiede bei Temperaturen unter 24° oder über 38° zu empfinden. Wasser von 20° z. B. konnte kälter erscheinen als Eis, wenn der Reiz des ersteren so eingerichtet wurde, daß er mehrere Kältepunkte traf. Ähnliches ließ sich beweisen, wenn auch mit viel größerer Schwierigkeit, für Schmerzempfindungen. Diese bisher unbekannte Sensibilitätsform schlägt H. vor mit dem Namen »protopathisch« zu bezeichnen. Mit der Wiederkehr der protopathischen Sensibilität bilden sich auch alle trophischen Störungen zurück, obgleich die Haut für alle feineren Empfindungsreize unempfindlich bleibt.

Nach verschieden langer Zeit werden nun, allmählich einsetzend, auch feinere Reize der Berührung und der Temperatur empfunden, während die für die erste Zeit der wiederkehrenden Sensibilität charakteristische Irradiation der Reize schwindet. Für diese feinere Sensibilitätsform schlägt H. den Namen »epikritisch« vor.

Nun fand sich bei H. am Vorderarm ein dreieckiger Bezirk, dessen protopathische Sensibilität völlig erloschen war, dessen epikritische aber fortbestand. Diese Beobachtung erklärt H. mit der Annahme, daß die beiden Sensibilitätsformen an zwei verschiedene Systeme peri-

pherer Nerven gebunden sind, deren protopathische Fasern durchtrennt, deren epikritische aber erhalten geblieben waren. Bei völliger Durchtrennung der protopathischen wie der epikritischen Fasern kehrt die protopathische Sensibilität zuerst zurück, die epikritische folgt viel später nach. Die Neubildung der Nervenbahnen erfolgt also in sehr verschiedener Zeit. Jeder periphere Nerv enthält in wechselnder Menge diese beiden reizevermittelnden Fasern.

Der sensorische Mechanismus peripherer Nerven setzt sich also aus drei Systemen zusammen: 1) Tiefensensibilität zur Vermittlung von Druck-, Lage- und teilweise, z. B. in den Gelenken, Schmerzempfindungen, gebunden an Fasern im Bereiche motorischer Nerven. 2) Protopathische Sensibilität zur Vermittlung von schmerzhaften Hautreizen und den Grenzreizen von heiß und kalt. 3) Epikritische Sensibilität zur Vermittlung feinerer Empfindungen und geringer Temperaturunterschiede.

Auf Grund weiterer Versuche und klinischer Beobachtungen stellt H. nun die Vermutung auf, daß die protopathische Sensibilität gebunden ist an Fasern im Bereiche des Sympathicus, mit dem sie die mangelhafte Lokalisation, die Irradiation, die falsche Projektion, die Unempfindlichkeit für feine Hautberührungen und Temperaturunterschiede gemeinsam hat, und daß die epikritischen Sensibilitätsfasern lediglich die äußere Haut versorgen, höher entwickelt, leichter verletzlich und langsamer wiederherstellbar sind und den feinen Tastempfindungen, dem Lagegefühl leiser Hautreize, dem Unterscheidungsvermögen geringer Temperaturunterschiede dienen.

Die sehr interessante und vielleicht umwälzende Arbeit ist die Einleitung zu einer Reihe in Aussicht gestellter Veröffentlichungen, die den Gegenstand ausführlicher behandeln werden.

Weber (Dresden).

---

2) **M. J. Toubert.** Note sur l'emploi du chlorure de calcium comme médicament hémostatique préventif.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 2.)

T. berichtet über seine Erfahrungen bei der innerlichen Anwendung des Chlorkalziums zur Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und glaubt, trotz der heute möglichen exakten Blutstillung das Mittel empfehlen zu müssen zur Vermeidung flächenhafter Blutungen und zur Verhütung von Nachblutungen nach Lösung der Esmarchbinde. Er gibt im ganzen 3 g Chlorkalzium in Lösung 1 oder 2 Tage vor der Operation in 2—3 Portionen am Tage, die letzte Dosis einige Stunden vor der Operation; dabei muß der Genuß von Milch vermieden werden; das Mittel wurde immer gern genommen. Seine Erfahrungen faßt T. dahin zusammen, daß 1) die Gerinnungsfähigkeit des Blutes in allen Fällen erhöht war; daß 2) auftretende Blutung nach kurzer Tamponade zum Stillstand kam, und 3) niemals ein Tam-

pon zur Blutstillung liegen bleiben mußte; daß 4) nur wenige Unterbindungen, auch bei größeren Operationen, nötig waren, und 5) Nachblutungen und Hämatome in keinem Fall auftraten. Von anderen Stypticis gibt T. dem Chlorkalzium den Vorzug, weil es auf alle Gewebe (im Gegensatze zum Ergotin) zuverlässig wirkt, und weil bei einer inneren Darreichung die Infektionsgefahr für die Wunde nicht erhöht wird, wie es bei der Kontaktwirkung von blutstillenden Mitteln geschieht. T. glaubt, daß dem Chlorkalzium zur Herabsetzung des Blutverlustes wegen seiner Unschädlichkeit, zuverlässigen Wirkung und einfachen Anwendung ein Platz in der kleinen wie in der großen Chirurgie eingeräumt werden müsse. **Thümer** (Chemnitz).

---

3) Verhandlungen der Deutschen Röntgen-Gesellschaft. Bd. I.

Hamburg, 1905.

In einem stattlichen Bande von 248 Seiten hat der Organisationsausschuß des ersten Röntgenkongresses die Verhandlungen und Berichte über diesen niedergelegt.

Das Werk enthält neben einem Verzeichnis der Mitglieder und Ausstellungsobjekte sämtliche Vorträge mit Diskussionen im Wortlaut, außerdem einige zwar angemeldete, aber nicht zum Vortrage gekommene Arbeiten. Ein Teil dieser Vorträge fand schon in Nr. 24 des vorigen Jahrganges des Zentralblattes seine Besprechung; die der übrigen soll demnächst folgen.

Der letzte Teil gibt Mitteilungen über die neugegründete »Deutsche Röntgen-Gesellschaft« samt einem Mitgliederverzeichnis.

Jedem Röntgenologen, jedem Arzt ist in diesem Buch eine Fülle Wissenswertes geboten. Zu besonderem Danke wäre man der Verlagsbuchhandlung (Gräfe & Sillem, Hamburg) verpflichtet, wenn sie in den Berichten späterer Kongresse in noch ausgedehnterem Maße von der bildlichen Wiedergabe interessanter Röntgenogramme Gebrauch machen würde. **Gaugele** (Zwickau).

---

4) **Hellin** (Warschau). Das doppelseitige Empyem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 45.)

Eine Statistik von 114 gesammelten Fällen unter Mitteilung eines selbst operierten. Das jugendliche Alter ist bevorzugt; 76,9% kommen auf das Alter von 8 Monaten bis 12 Jahren, nur 23,1% auf das 15.—53. Jahr. Das männliche Geschlecht wurde doppelt so häufig wie das weibliche befallen. Ein wesentlicher Unterschied in der Häufigkeit von Erkrankung der rechten oder der linken Pleura, als der ersteren, konnte nicht gefunden werden. Die Zeit zwischen Inzision und Genesung schwankte bei doppelseitigem Empyem zwischen

*

16 Tagen und 5 Monaten, in einem Falle dauerte sie 22 Monate. Bei einseitigem Empyem betrug die Heilungsdauer 42—174 Tage, im Durchschnitt bei idiopatischem 66, bei metapneumonischem 83 Tage (Statistik von Schede). Die Sterblichkeit betrug 30%. Der Erkrankung an doppelseitigem Empyem ging sehr oft doppelseitige Pneumonie voraus. Folgende operative Eingriffe wurden gemacht, und zwar entweder gleichzeitig oder im Intervall: 1) Aspiration beiderseits; 2) Inzision auf der einen und Aspiration auf der anderen Seite; 3) Inzision beiderseits; 4) Resektion auf der einen und Aspiration auf der anderen Seite; 5) Resektion auf der einen und Inzision auf der anderen Seite; 6) Resektion beiderseits. — In allen Fällen, wo gleichzeitig beiderseits Inzision oder Resektion ausgeführt wurde, erfolgte Genesung. Doch empfiehlt Verf., der Resektion oder Inzision eine Aspiration, und zwar entweder direkt oder am besten im Intervall von 1—2 Tagen, vorausgehen zu lassen, um keine plötzlichen Änderungen in der Pleurahöhle hervorzurufen. Auch sollte in einer Sitzung nur eine Seite operiert werden. In der Regel ist die Lokalanästhesie der allgemeinen Narkose vorzuziehen. Es scheint im allgemeinen bei doppelseitigem, im Gegensatz zu einfachem Empyem, die Inzision mit Drainage ein für die Heilung ausreichender Eingriff zu sein; die Rippenresektion käme erst in zweiter Linie in Betracht. **Langemak** (Erfurt).

5) **F. A. Suter.** Über die operative Behandlung von Zwerchfellwunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. p. 403.)

Nachtrag zu der in den Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. XLVI p. 341 erschienenen Arbeit und Stellungnahme zu der kurz zuvor erfolgten Publikation Neugebauer's. Verf. ist mit dem Vorschlage von Neugebauer, bei jeder linksseitigen scharfen Verletzung des unteren Thoraxabschnittes prinzipiell zu laparotomieren resp. der Thoracotomie die Laparotomie anzuschließen, nicht einverstanden.

Reich (Tübingen).

6) **J. H. Carstens.** A short history of splenectomy.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. November 18.)

C. hat sich der Mühe unterzogen, unter Beihilfe zahlreicher Mitarbeiter in Europa und Amerika sämtliche auffindbaren Fälle von Milzexstirpation bis zurück ins Mittelalter zusammenzustellen, soweit möglich auch das Grundleiden, Alter und Geschlecht der Kranken und den Ausgang der Operation. Diese Statistik verdient Beachtung wegen der Zahl der Fälle, die über ältere Statistiken weit hinausgeht (739). Ich gebe deshalb seine Tabelle wieder:

	Zahl der Fälle	geheilt	gestorben
Milzabszeß und -Gangrän	11	11	0
Anaemia splenica	12	12[1]	0
Angioma cavernosum	3	1	2
Karzinom und Sarkom	15	9	6
Einfache Cysten	22	21	1
Echinokokken (zweimal Resultat unbekannt)	33	29	4
Wandermilz	33	29	4
Milzprolaps durch eine Wunde	14	14	0
Hypertrophie	176	120	56
Leukämie und Pseudoleukämie	56	11	45
Malariahypertrophie	159	125	34
Hypertrophische Wandermilz	62	56	6
Zerreißung, Hypertrophie oder Verletzung	122	83	39
Tuberkulöse Degeneration	2	2	0
Ohne bekannte Resultate oder Geschichte	19	—	—
	739	521	197
Davon männlich	202	135	67
» weiblich	392	286	106

Lengemann (Bremen).

7) **N. Guleke.** Über die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Das Ziel, das Verf. bei seinen Versuchen verfolgte, war das, festzustellen, ob und in welcher Weise man bei Tieren experimentell ein Krankheitsbild erzeugen kann, das möglichst genau den bei der menschlichen akuten Pankreasblutung bestehenden Verhältnissen entspricht. Im Verlaufe dieser Beobachtungen gewann dann noch die Frage nach der eigentlichen Todesursache bei den akuten Pankreaserkrankungen weiteres Interesse.

Bei der Einspritzung von Öl in großer Menge in den Hauptausführungsgang des Pankreas, welcher zu diesem Zwecke freipräpariert und abgebunden wurde, gelangte G. zu denselben Resultaten wie Hess, d. h. er erhielt eine Totalnekrose der Bauchspeicheldrüse mit sehr raschem Tode der Tiere. Bei geringerer Ölmenge überwand das Versuchstier meist den Eingriff, und es entstand eine chronische indurative Pankreatitis. In den akuten Fällen trat der Tod 6—20 Stunden nach der Operation ein; nur in drei Fällen von ausgedehnter Pankreasnekrose kam es zu einer Krankheitsdauer von 3—6 Tagen. Was das Verhalten des Urins in bezug auf Zuckerausscheidung betrifft, so konstatierte Verf., daß schon eine verhältnismäßig geringe Störung, wie die Unterbindung des Ausführungsganges, hier und da vorüber-

[1] Geheilt auch vom Grundleiden.

gehende Glykosurie hervorrief. Bei Herstellung normaler Verhältnisse durch Abfluß des Sekretes durch den Nebenausführungsgang verschwand dieselbe jedoch wieder. Bei schweren Schädigungen der Drüse, bei denen sie im ganzen betroffen war, kam es ausnahmslos zur Zuckerausscheidung. War dagegen trotz hochgradiger Schädigung noch ein großer Teil der Drüse unversehrt, so fand sich kein Zucker im Urin. Bei chronischen Fällen trat manchmal Glykosurie auf, manchmal nicht.

Der Sektionsbefund bei diesen Versuchen zeigte neben Nekrosen und Hämorrhagien des Pankreas auch Folgeerscheinungen in der Umgebung. Zunächst fand sich ein mehr oder weniger massiges blutig-seröses Exsudat in der Bauchhöhle, entzündliche Veränderung des Netzes und des dem Pankreas anliegenden Gekröses und der Radix mesenterii. Die auffallendste Erscheinung war aber die Fettgewebsnekrose in nächster Nähe des Pankreas und zerstreut in der ganzen Bauchhöhle. Die Anordnung derselben, genau den Lymphbahnen entsprechend, ließ es im höchsten Grade wahrscheinlich erscheinen, daß das Pankreassekret nicht allein durch Kontaktwirkung nekrotisierend wirkt, sondern daß es, auf dem Lymphwege verbreitet, ebenfalls seine fettspaltende Funktion entfaltet. Bei den chronischen Fällen ergab die Sektion eine beträchtliche Schrumpfung und Derbheit des Pankreas mit Vermischung der Läppchenstruktur und Wucherung der interlobulären und interacinären Bindegewebssepten nebst Atrophie des Drüsenparenchyms. Fettgewebsnekrosen fanden sich hier nicht.

Bei den Injektionen von Galle in den Ausführungsgang wurden fast dieselben Befunde wie bei den Öleinspritzungen erhoben, nur war der Krankheitsverlauf meist ein leichterer. Auffallend war bei den Galleinjektionen die Neigung zu Blutungen in das Pankreasgewebe. Dasselbe Resultat wie durch die Einspritzungen von Flüssigkeiten in den Ausführungsgang der Drüse ward dann noch in einer weiteren Versuchsreihe durch Gefäßinjektionen erzielt, welche künstliche Embolien erzeugten, so daß durch alle diese Verfahren eine einheitliche Krankheit hervorgerufen ward, bei welcher das wesentlichste die Nekrose des Pankreasgewebes ist. Die gleichzeitig auftretende Disposition zu Blutungen, die zur typischen Pankreasapoplexie führen kann, beeinflußt den Verlauf der Krankheit nicht sehr. Sowohl der Krankheitsverlauf wie der pathologisch-anatomische Befund lassen es berechtigt erscheinen, die auf diese Weise erzeugte Pankreaserkrankung der akuten Pankreashämorrhagie des Menschen an die Seite zu stellen.

Da einerseits die Schwere des Krankheitsbildes immer bei den Versuchstieren der Schwere der anatomischen Schädigung entsprach, und andererseits der Ausfall des Pankreasgewebes, wie die Totalexstirpationen von Mehring und Minkowski beweisen, leicht vertragen wird, so muß die Todesursache nach Ansicht des Autors eine vom Pankreas ausgehende Vergiftung sein. Er glaubt dies auch dadurch erwiesen zu haben, daß er einigen Hunden die Bauchspeicheldrüse exstirpierte, sie anderen Tieren in die Bauchhöhle einpflanzte

und diese nun unter ähnlichen Erscheinungen zugrunde gehen sah wie die anderen an Pankreasnekrose leidenden Tiere. Anzunehmen ist, daß das Pankreassekret selbst in vielen Fällen die tödliche Vergiftung bewirkt; und zwar erschien das Trypsin als der dabei wesentlich in Betracht kommende Faktor. Daß dieser Stoff in der Tat beschuldigt werden muß, bewies G. in Verbindung mit G. v. Bergmann dadurch, daß sie Hunde gegen Trypsin immunisierten und ihnen dann, wie oben, das Pankreas eines anderen Tieres implantierten. Die immunisierten Tiere vertrugen diese sonst tödliche Maßnahme sehr gut und erlagen ihr nicht.

Verf. glaubt, daß die Schlußfolgerungen aus seinen Experimenten auch auf den Menschen übertragbar seien, und daß auch bei diesem das wesentliche der akuten Pankreasblutung die Pankreasnekrose, der plötzliche Zerfall des funktionsfähigen Gewebes sei. Diesem gegenüber käme die Hämorrhagie erst in zweiter Linie in Betracht. Die Resorption der Quantität von Trypsin bestimme mit Wahrscheinlichkeit auch beim Menschen die Schwere der Intoxikation und damit den weiteren Krankheitsverlauf. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

8) **F. E. Gardner.** Congenital stenoses of the urethra.

(New York med. record 1905. Dezember 23.)

G. fand, daß die angeborenen Verengerungen der Harnröhre viel häufiger seien als man nach der geringen Literatur über diesen Gegenstand vermuten könne. Er konnte 110 veröffentlichte Fälle zusammenstellen.

Es folgt eine entwicklungsgeschichtliche Beschreibung der drei embryologischen Teile, aus denen sich das Organ bildet.

Da sich die ganze vordere Urethra nicht wie die Pars posterior von einem Hohlorgan herleite, sondern im Gegenteil zunächst eine solide Masse von Epithelzellen darstelle, sei es nicht überraschend, daß hier vorn der Hauptteil der angeborenen Strikturen vorkomme. Besonders bei Kindern müsse man bei irgendwelchen Störungen der Harnentleerung an die Möglichkeit einer solchen Mißbildung denken.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **V. v. Hacker.** Distensionsplastik mittels Mobilisierung der Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. p. 1.)

Die Mobilisierung und Dehnung der Harnröhre zwecks Nahtvereinigung der Fäden, wie sie von König, Mollière, Heusner zuerst bei Strikturen ausgeführt wurde, fand in der Folge außerdem bei Resektionen wegen bösartiger Geschwülste und wegen Ruptur der Harnröhre, ferner bei Thiersch's perinealer Urethrostomie und Gersuny's Inkontinenzoperation Anwendung.

Beck machte zuerst eine Vorziehung der samt ihrem Corpus cavernosum mobilisierten Harnröhre bei seiner Hypospadieoperation. Verf. sichert sich das Verdienst, zusammen mit Beck dieses Ver-

fahren auch für andere Harnröhrendefekte mit Erfolg eingeführt zu haben und berichtet über die Erfolge bei 13 Fällen von Hypospadie, Harnröhrenfisteln, Strikturen und Rupturen der Harnröhre, die durchweg recht befriedigende waren, und beschreibt die Einzelheiten der Technik.

Das Verfahren der Tunnelierung erwies sich im allgemeinen als sicherer für die Wundheilung wie die Vernähung der mobilisierten Harnröhre mitsamt dem bedeckenden volaren Hautlappen. Fistelbildung, ebenso wie Krümmung des erigierten Penis, welche mitunter beobachtet werden, sind meist eine Folge ungenügend ausgedehnter Mobilisierung, welche in der Regel bis zur doppelten Länge des zu deckenden Defektes erfolgen soll.

Die exakte Erhaltung des Schwellkörpers ist sehr wesentlich für den Erfolg der Operation. Die Länge der Resektion darf 6 cm keinesfalls überschreiten, kann aber im übrigen um so größer gewählt werden, je weniger auf die sexuelle Funktion der Harnröhre Rücksicht zu nehmen ist, wie bei Karzinom. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus dem Original.

Reich (Tübingen).

10) **W. B. Snow.** A non-operative method of treating prostatitis.

(New York med. record 1906. Januar 13.)

S. behauptet, ungefähr 40 Fälle von Prostatitis resp. Prostatahypertrophie bei Pat. verschiedensten Lebensalters mittels statischer Elektrizität günstig beeinflußt zu haben, vollständige Heilung sogar in 75%.

Die Technik der Anwendung wird beschrieben und dabei verschiedene Spezialelektroden für Mastdarm abgebildet, darunter auch Vakuumröhren. Der Autor schreibt den Haupteffekt der Therapie der mechanischen Kontraktion der Gewebe durch den Strom zu. Auch bei der harten hyperplastischen Form der alten Leute soll die ständige Anwendung einer suprapubischen und einer rektalen Elektrode (letztere tief gegen die Blase eingedrückt) zusammen mit sorgfältiger Blasenspülung und Strychnin innerlich erfolgreich wirken.

»Zunächst kontrahieren sich die Muskeln und schließlich wird das Organ kräftig genug, sich wieder völlig zu entleeren.« (Leider nicht immer.)

Loewenhardt (Breslau).

11) **M. R. Barker** (Chicago). Contribution to the surgery of the prostate gland.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Dezember 16.)

B. tritt energisch für die Frühoperation der Prostatahypertrophie ein. Der Arzt soll gleich die erste Urinretention benutzen, um den Pat. ins Krankenhaus zu dirigieren, ihm nicht erst den Katheter in die Hand geben, der ihn verleitet, sich selbst zu behandeln, bis er in einen elenden Zustand kommt, in dem dann die Operation als letzte

Hilfe endlich angeraten wird. Daß bei dem Überwiegen dieser ungünstigen Fälle im heutigen Materiale der Chirurgen ihre Resultate doch noch recht gute sind, spricht schon für die geringe Gefährlichkeit der rechtzeitigen Operation. B. verlor von seinen letzten 30 Fällen nur einen, einen 73jährigen Mann, und zwar an Pneumonie, ehe er ihn operiert hatte (6 Jahre Katheterleben, septische Cystitis).

B. macht die perineale Prostatektomie mit einem großen Hufeisenschnitt, der gute Übersicht bietet. Den Ansatz des Sphincter ani und der vorderen Levatorfasern am Centrum tendineum durchtrennt er, um sie nachher wieder zu nähen. Nach Eröffnung der Harnröhre bringt er die Prostata an die Wunde durch einen »Tractor«, der sich von dem Young'schen Instrument dadurch unterscheidet, daß die intravesikalen Branchen um 90° gedreht sind. Es wird nun nicht an der Körperachse gezogen, sondern der Stiel gehoben, so daß eine Hebelvorrichtung entsteht mit der Symphyse als Hypomochlion. Der Stiel kommt so aus dem Operationsfelde. Zum Durchquetschen fester Verwachsungen zwischen Drüse und Kapsel hat B. eine eigene Quetschzange angegeben, die sehr zweckmäßig ercheint. — Nach dieser Methode wurden die oben erwähnten 30 Operationen ausgeführt.

Lengemann (Bremen).

---

12) **R. Proust.** Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie.

(Monographies cliniques Nr. 44.)

Paris, **Masson et Cie.,** 1905.

Verf. bespricht zunächst die Anatomie und Technik der perinealen Prostatektomie, die er mit einer Anzahl von Abbildungen erläutert. Nach Freilegung der Prostata und Mobilisierung aus der Kapsel spaltet er die Prostata in der Mitte, wobei die Harnröhre eröffnet wird; die Hälften der Drüse werden einzeln mit Finger und Schere ganz oder stückchenweise entfernt; die Harnröhrenwunde wird genäht, bis auf ein Loch für ein dickes in die Blase geführtes Drain, die Hautwunde nach Verkleinerung durch Naht tamponiert.

Die Prostatalappen werden nicht mit einem besonderen Hebel, sondern mit dem Finger von der Blase aus vorgedrängt und mit Haken gefaßt und aus der Tiefe hervorgezogen.

Bei der transvesikalen Prostatektomie werden nach der Spaltung der Kapsel mit den Fingern bis in die durch einen weichen Katheter markierte Harnröhre hinein die Lappen mobilisiert und ausgelöst. Die Blase wird wieder bis auf die Öffnung für ein dickes Drain genäht und die Hautwunde durch einige Nähte verkleinert.

Verf. wägt die Vorteile der beiden Operationen gegeneinander ab und gibt dabei im allgemeinen der transvesikalen Prostatektomie den Vorzug, da sie zwar die gefährlichere, aber die wirksamere Operation ist, indem nach seinen Erfahrungen besonders bei inkompletter Retention die perineale Operation »weit entfernt war, stets Heilung zu bringen«, andererseits nach ihr häufig Inkontinenz auftrat.

Andererseits ist bei schweren Infektionszuständen der Blase wieder die transvesikale Operation als zu gefährlich durch die perineale zu ersetzen. Die Mortalität der perinealen stellt sich auf 6% gegenüber 10% bei der transvesikalen Methode. **Willi Hirt** (Breslau).

---

13) **A. Strauss.** Die Ausschabung der männlichen Harnblase ohne deren Eröffnung.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Dezember.)

Nachdem ein vorn offener Katheter mit Mercier'scher Krümmung in die Blase geführt ist, wird ein Mandrin mit kleinem scharfen Löffel nachgeschoben, welcher vorn dem Mandrin mittels Metallspirale aufsitzt. Der Löffel (Curette) ist in sechs verschiedenen Stellungen fixierbar. Der Mastdarm wird gründlich geleert, eingefettet und der Zeigefinger eingeführt. Letzterer drückt die zu schabenden Teile der Blase dem Löffel entgegen. Tiefe Narkose und event. Morphium vor der Operation sind nötig. Nach derselben wird ein Verweilkatheter eingelegt. Chronische Cystitis im Blasengrund ist Hauptindikation.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

14) **F. A. Suter.** Über subkutane Nierenverletzungen, insbesondere über traumatisch-paranephritische Ergüsse und traumatische Uronephrosen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft 2. p. 349.)

Die Arbeit bringt zunächst einen Bericht über fünf mit Nephrektomie behandelte Fälle von subkutaner Nierenverletzung (darunter eine durch Sturz von einer Leiter geplatzte Hydronephrose), denen fünf exspektativ behandelte Fälle gegenüber gestellt werden. Sodann erweitert Verf. die großen Statistiken von Delbet und Riese mit zusammen 491 Fällen durch eingehende Literaturstudien auf 700 Fälle von subkutanen Nierenverletzungen.

Die beiden Hauptsymptome, Schmerzhaftigkeit der Nierengegend und Hämaturie, können mitunter fehlen. In mehreren Fällen gingen die Pat. zunächst noch ihrer Beschäftigung nach, und ausnahmsweise wurde selbst der lokale Druckschmerz vermißt. Die in der Regel sofort einsetzende Hämaturie kann ausbleiben, wenn der Harnleiter verstopft, geknickt, verengt und abgerissen oder auch das Nierenbecken allein zerrissen ist. Durch zeitweiligen Harnleiterverschluß durch Blutgerinnsel kommt ein intermittierender Typus der Hämaturie zustande. Die Differentialdiagnose gegenüber schweren Bauchquetschungen, speziell Darmverletzungen, ist nicht immer sicher zu stellen.

In therapeutischer Hinsicht wird eine absolute Indikation zur Operation gebildet durch gefahrdrohende primäre Blutung und schwere, zur Erschöpfung führende Nachblutungen. In allen anderen Fällen ist eine symptomatische Behandlung angezeigt. Der Eintritt von Infektion erheischt selbstverständlich eine Operation.

In der Frage, ob Nephrektomie oder konservative Operation, ist Verf. der Ansicht, daß im allgemeinen zu sehr der konservative Standpunkt vertreten werde.

Konservativ soll die Behandlung sein bei Rissen, welche genäht oder tamponiert werden können, radikal bei Abreißung der Niere vom Hilus und Blutungen, deren man sonst nicht sicher Herr wird. In allen zweifelhaften Fällen, speziell bei eingetretener Vereiterung, soll das Vorgehen um so radikaler sein, je schlechter der Allgemeinzustand des Pat. ist, schon mit Rücksicht auf die Dauer der Nachbehandlungsperiode.

Die Gesamtstatistik ergibt 20,6% Sterblichkeit bei exspektativ, 14,6% bei konservativ chirurgisch und 16,7% bei mit Nephrektomie behandelten Fällen. Die Gesamtsterblichkeit aller Fälle beträgt 18,6%.

Zum Schluß werden noch der Begriff des traumatischen extrarenalen Ergusses und der intrarenalen traumatischen Flüssigkeitsansammlung erörtert und für diese ebenso wie für die geplatzten Hydronephrosen Kasuistik und Operationsresultate angegeben.

Reich (Tübingen).

---

15) **A. Sturmdorf.** Observations on nephroptosis and nephropexy.

(New York med. record 1906. Januar 13.)

S. hält eine frühzeitige orthopädische Behandlung der Nierenverschiebung für das einzig richtige Verfahren. Die organischen und funktionellen Verkrümmungen der Wirbelsäule in den frühesten Lebensjahren und die infantilen muskulären und ligamentösen Schwächezustände sollen besonders beachtet werden vom Gesichtspunkte der normalen inneren und äußeren Topographie. Viel sei zu erreichen durch die Korrektion der äußeren Skelettabnormitäten, ebenso viel durch die Beachtung der dadurch hervorgebrachten visceralen Verlagerungen.

»Die normale Nierenlage wird bedingt durch ein genau modelliertes Lager und den normalen Gegendruck auf die vordere Seite der Niere durch den Peritonealraum, der das Organ ‚wie ein Luftkissen‘ in das Receptaculum preßt. Der Druck wird reguliert durch die Tätigkeit der Bauchmuskulatur.«

Ist die Dislokation der Niere einmal völlig entwickelt, könne keine chirurgische Naht die normale Stabilität wieder herstellen.

Diese Theorie der Wanderniere ist nicht neu, noch ein derartiger Pessimismus in bezug auf die Nephropexie nach unserer Ansicht ganz gerechtfertigt.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Fußleiden. Die Verletzung des Tuberculum majus calcanei.

Von

Dr. **H. Ebbinghaus** in Dortmund.

Es ist mir in letzter, verhältnismäßig kurzer Zeit zweimal eine Affektion am Fuße zur Beobachtung gekommen, die ich in der mir zugängigen Literatur nirgends beschrieben fand. So ist sie z. B. auch weder in dem bekannten Handbuch der Chirurgie, noch in Hoffa's Lehrbuch der Orthopädie erwähnt.

Ich schicke die Krankengeschichten der beiden Beobachtungen voraus, wonach sich vielleicht mancher ähnlicher Erfahrungen entsinnen wird.

I. Fall: W. C., Fabrikbesitzer, 62 Jahre alt, aus D., konsultierte mich Mitte Oktober wegen seit 5 Monaten bestehender Schmerzen in und unter der rechten Hacke, über deren Ursache er zunächst nichts anzugeben wußte. Nach längerem Besinnen erklärte er, es könne von einem Abstiege vom Pferde herrühren, bei dem er außergewöhnlich fest gerade mit diesem Fuß aufgesprungen sei. Die Schmerzen seien allmählich immer stärker geworden und oft, besonders nach längerem Gehen, unerträglich; er müsse dann immer auf den Zehen auftreten. Die Schmerzen strahlten in das ganze Bein aus. Massage, Fußbäder usw. seien in den letzten Monaten bis zum Überdruß, aber ohne jeglichen Erfolg, angewandt worden. Das Nachlassen der Schmerzen erfolge einzig und allein in Ruhelage des Beines.

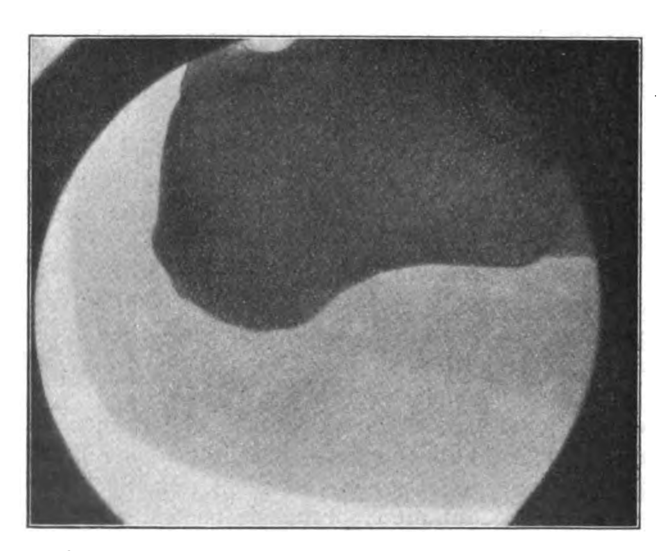


Fig. 1. Normale, gewöhnliche Calcaneusunterfläche.

Die Untersuchung ergab einen genau lokalisierten Schmerzpunkt unter dem Calcaneus, und zwar war dieses der vordere mediale Pol des Tuber calcanei, das Tuberculum majus. Der Druck auf diese Stelle war außerordentlich empfindlich, ebenso wurde das forcierte aktive Beugen der Zehen an dieser Stelle schmerzhaft empfunden. Im übrigen war an dem ganzen Fuß auf Druck nirgends Schmerz-

haftigkeit festzustellen; es bestand keinerlei Stellungsabnormität am Fuß oder Beweglichkeitsbehinderung irgendeines Gelenkes, insbesondere war keine Spur von Plattfuß- oder X-Fußbildung zu konstatieren.

Die Röntgenuntersuchung (s. Fig. 2) ergab nun ein außerordentlich interessantes Resultat, nämlich ein ungewöhnlich langes, spornartig vorspringendes Tuberculum majus calcanei, durch welches feine Bruchlinien verliefen, die im Zusammenhange mit feinen Schatten auf der Platte in der Umgebung des Spornes auf eine stattgehabte Fraktur desselben schließen ließen. Der klinisch feststellbare Druckpunkt und das Ergebnis der Röntgenuntersuchung stimmten in jeder Beziehung genau überein.

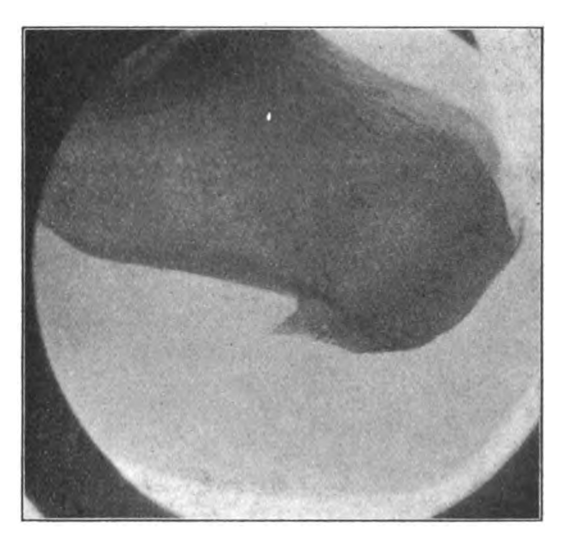


Fig. 2. Spornartig ausgebildetes Tubercul. majus calcanei mit alter Fraktur an der Spitze.

Ich schlug dem Pat. in Anbetracht der langen Krankheitsdauer vor, den Zacken, dessen ursächlicher Zusammenhang mit seinen Beschwerden ihm selbst beim Anblicke des Bildes sofort klar war, operativ zu entfernen; auf sein Drängen jedoch beschloß ich, vorher einen Versuch mit einer Einlage in den Schuh zu machen, bei welcher die in Frage kommende schmerzhafte Stelle hohl lag. Der Versuch gelang zunächst mit einer den Verhältnissen gemäß konstruierten Einlage von Zelluloid nach Lange nicht, später jedoch mit dem einfachen Anbringen einer hohlen Stelle im Schuh ziemlich vollkommen, so daß der Kranke zunächst von einer Operation absehen will.

II. Fall. M. R., Gutsbesitzer aus S., 37 Jahre alt.

Der Kranke konsultierte mich Ende Dezember und machte folgende Angaben: Am 31. Juni sprang er von ca. 1 m Höhe auf den rechten Hacken, seitdem bestände eine sehr schmerzhafte Stelle an dem Fuße, die anfänglich auch geschwollen gewesen wäre. Die Lokalisation des Schmerzes war typisch dieselbe wie bei dem vorigen Falle. Weiter gab der Kranke an, daß einige Röntgenbilder in seiner Heimat von dem Fuße gemacht wären, an denen indessen Abnormes nicht entdeckt worden wäre. Die Schmerzen wären im Laufe des halben Jahres immer stärker geworden und längeres Gehen oder Mitanfassen bei der Arbeit, wie er es gewöhnt sei, sei so gut wie ausgeschlossen. Er hinkte nach kurzem Gehen schon sehr erheblich. Die seitherige Behandlung habe in Einreibungen und Fußbädern usw. bestanden, sei jedoch ohne Erfolg gewesen.

Der Befund war derselbe wie in Fall I. Von Schwellung des Fußes war zurzeit nichts mehr wahrzunehmen. Die Schmerzen bestanden hier auch in der Ruhelage, insbesondere wenn der Kranke mit nach auswärts gedrehtem, gebeugten Knie die äußere Fußkante belastete, wie beim Sitzen auf der Erde, bzw. hier auf dem Untersuchungstisch. Es fand sich keine andere Abnormität am Fuße, keine Spur von Fixation irgendeines Gelenkes, vor allem keine Platt- oder X-Fußbildung, niemals hatten vorher irgendwelche Beschwerden beim Gehen bestanden.

Ich machte eine neue Röntgenaufnahme, und zwar beider Hacken nebeneinander. Der Befund war frappant und typisch (siehe Fig. 3): Beide Calcanei zeigten spornartige Ausbildung des Tuberculum majus, aber auf der gesunden Seite war der Sporn deutlich länger und schlanker, sowie schärfer konturiert. Der Sporn der kranken Seite ist kurz, gedrungen, auf der Platte unscharf. Es bestand für mich kein Zweifel, daß das Trauma diesen Sporn getroffen hatte, daß event. eine Kompressionsfraktur bestanden hatte mit konsekutiver, die Konturen auf dem Röntgenbild unscharf machender Periostitis bzw. kallösen Veränderungen.

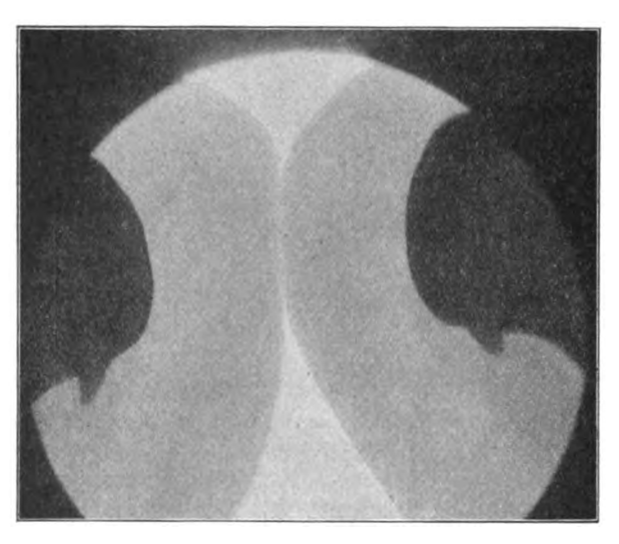


Fig. 3. Beschwerdenfreier Calcaneus mit langem Tuberculum majus auf der einen Seite. — Kürzeres, gedrungenes, weniger scharf konturiertes Tuberculum majus (Kompressionsfraktur) der anderen Seite.

Pat. ging auf meinen Vorschlag eines operativen Eingriffes ein. Ich entfernte den 1 cm langen Sporn von einer inneren, seitlichen, ca. 4 cm langen Längsinzision aus mit einem schmalen Meißel; gleichzeitig verlagerte ich die vorbeiziehenden Plantarnerven etwas zur Seite.

Vom Momente der Operation ab war Pat. seine typischen Schmerzen los, nach 8 Tagen verließ er mit geheilter Wunde meine Klinik, nach weiterer 8tägiger Ruhe zu Hause begann er aufzutreten und geht jetzt, nach ca. 5 Wochen, frei von jeglichen Schmerzen, wie früher.

Der typische Befund und Verlauf der Fälle machte es mir, soweit man bei zwei Beobachtungen davon reden kann, zur Sicherheit, daß die Beschwerden in dem ungewöhnlich groß veranlagten Tuberculum majus zu suchen waren, und weiter, daß wir es beidemal mit ein und derselben Affektion, d. h. mit einem Trauma, einer Fraktur desselben, zu tun hatten. Den absoluten Beweis dafür liefert meines Erachtens die genaue Lokalisation des Schmerzpunktes, die röntgenographische Aufnahme und der Erfolg der daraufhin eingeschlagenen Therapie.

Es möge im Anschluß an die Mitteilung der Fälle hier ein kurzer Blick auf die anatomischen Verhältnisse der in Betracht kommenden Stelle gestattet sein: Die untere Fläche des Calcaneus besitzt bekanntlich einen stärkeren medialen Höcker, das Tuberculum majus, die Ansatzstelle des Musc. abductor hallucis und Musc. flexor digitorum brevis; und weiter einen lateralen Höcker, das Tuberculum minus, welcher zum Ursprunge für den Musc. abductor digit. V dient, während außerdem gemeinsam von beiden Höckern, die mit dem ganzen hinteren unteren Teile des Calcaneus als Tuber calcanei bezeichnet werden, die Fascia plantaris entspringt.

Wie die meisten der Knochenfortsätze, Tubercula usw. am Skelett, so differieren naturgemäß auch diese Tubercula bei den einzelnen Individuen an Größe und Form. Während das Tuberculum majus gewöhnlich (wie im Röntgenbilde Fig. 1) kaum besonders hervortritt oder höchstens rechtwinklig vorspringt, wobei zwischendurch die verschiedenartigsten Formen gefunden werden, handelt es sich in unseren Fällen um bedeutend längere, zackenartig ausgebildete Fortsätze, die indessen offenbar, wie aus dem Röntgenbilde der gesunden Seite in Fig. 3 hervorgeht, in ihrer Richtung parallel des Fußsohle, bzw. in der Richtung der von ihnen ausgehenden Muskeln gewachsen sind. So wird im Prinzip durch diesen Sporn das Gehen nicht behindert, und sein Vorhandensein mag dem Träger dauernd verborgen bleiben. Eben durch diese Parallelstellung zur Fußsohle wird jedoch ein Abbrechen bzw. Eindrücken eines solchen verhältnismäßig langen Spornes besonders begünstigt bei Einwirkung von Gewalt senkrecht zur Fußsohle, also beim Auftreten oder Aufspringen auf diese Stelle. Ob ein Abreißen des Tuberculum oder eines Teiles desselben durch Muskel- oder Bänderzug auch möglich ist, lasse ich dahingestellt, eine größere Distraktion der Fragmente würde auch wohl daraus in Anbetracht der festen Bandverhältnisse der Stelle und des relativ schwachen möglichen Muskelzuges an dem distalen Fragmente nicht resultieren.

Zwischen dem Musc. abductor hallucis und dem Musc. flexor digitorum brevis zieht der Nervus plantaris medialis und etwas mehr lateralwärts, zwischen Musc. flexor digitorum brevis und der Caro quadrata media, der Nervus plantaris lateralis mit dem Gefäßbündel vorbei. So sind die Nerven in zu unmittelbarer Nähe des Tuberculum, um nicht bei traumatischen Affektionen desselben außerordentlich leicht durch schwielige oder kallöse Einbettungen in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Daher die große, sich allmählich steigernde, ausstrahlende Schmerzhaftigkeit des Leidens.

Die isolierte Fraktur des Tuberculum majus calcanei wird bei der Entstehung niemals die Gehfähigkeit sofort aufheben, da ja der ganze Tuber calcanei mit dem Körpergewichte belastet wird. Die Hauptschmerzen werden wohl in der Regel erst sekundär auftreten und neuritischer Natur sein, bzw. in der steten Muskelzerrung und Irritierung des Fragmentes ihre Ursache haben.

Auffallend war der Gang der Verletzten, der hauptsächlich auf den Zehenballen stattfand, mit etwas nach einwärts gerichteter Fußspitze. Der Gang war eben ein derartiger — ähnlich wie bei beginnenden Plattfußbeschwerden —, daß durch die Tibiales das Fußgewölbe möglichst dabei gehoben werden sollte, und jede Dehnung der plantaren Gebilde, die mehr oder weniger mit Zerrung an dem Tuberculum bzw. an den damit schwielig usw. eingebetteten Nerven einherging, ausgeschaltet werden sollte.

Ist nun das Leiden in der Tat so selten, oder was ist der Grund, daß über derartige Fälle bislang nicht eingehend berichtet worden ist?

Es ist für mich kein Zweifel, daß ähnliche Beschwerden wie die vorliegenden außerordentlich leicht unter die Plattfußbeschwerden gerechnet werden können, und daß dieses sicherlich auch wohl bislang meist geschehen ist. Die Schmerzen, besonders des beginnenden Pes valgus, sind so außerordentlich verschiedenartig, und die moderne Orthopädie hat so außerordentlich viele Schmerztypen für dieses Leiden eruiert, daß es sicherlich nicht Wunder nehmen kann, wenn diagnostisch auch hierbei einmal über das Ziel hinausgeschossen wird. Hoffa schreibt beispielsweise in seinem Lehrbuche bei der Abhandlung über Plattfuß: »Man muß sich

hüten, eine beginnende Periostitis der Tarsalknochen oder eine Neuralgie oder einen rheumatischen Zustand (Luecke) zu diagnostizieren. Namentlich gibt zu diagnostischen Irrtümern auch der Schmerz Veranlassung, der beim entstehenden oder entwickelten Plattfuß unter der Ferse oder im Metatarsophalangealgelenk oft ganz isoliert auftritt. Auch die Metatarsalgie oder Morton'sche Krankheit ist wohl nur eine Erscheinung der Valgusstellung des Fußes.«

Auf Grund dieser Lehre habe ich aber in Fall I, trotzdem ich sonst absolut keine Anhaltspunkte für Pes valgus hatte, doch zunächst die vertikale Festhaltung des Fußes beim Gehen mit Lange'scher Sohle, in welcher ich außerdem noch, wie erwähnt, unter der Gegend des Tuberculum majus eine hohle Stelle angebracht hatte, versucht. Es war absolut kein Erfolg zu konstatieren, der Erfolg trat vielmehr erst ein, als ich die Einlage wieder wegnahm und einzig und allein eine Aushöhlung im Schuh an Ort und Stelle angebracht wurde. In Fall II ist niemals eine Einlage irgendwelcher Art getragen worden. Die Heilung trat sofort ein nach Entfernung des Corpus irritationis, des Tuberculum majus; die 14tägige Ruhe hinterher kann keine Rolle dabei gespielt haben, denn längere Schonung seines Fußes und Ruhe waren dem Pat. im Laufe der 6 Monate schon häufiger verordnet worden. Es muß das hier beschriebene Leiden ein Malum sui generis sein, denn niemand wird behaupten wollen, daß ein beginnender Plattfuß durch eine Operation, wie die hier angewandte, beseitigt werden könnte.

Differentialdiagnostisch sei noch eine Affektion hervorgehoben, die in jüngster Zeit von amerikanischer Seite aus John Hopkins Universität beschrieben ist.

Baer teilt sechs Fälle mit Knochenvorsprüngen am Tuberculum majus calcanei mit[1], welche er auf Grund seiner Untersuchungen für gonorrhoische Exostosen erklärt. Die Pat. waren junge Männer zwischen 18 und 30 Jahren. Die Exostosen waren stets beiderseitig und traten angeblich im Gefolge des Trippers auf. Die Beschwerden waren auch hier sehr erhebliche. Das distale Ende der Baer'schen Exostosen war meist dicker als das dem Calcaneus aufsitzende, »es sah aus, als ob die Affektion von der Sehne des Flexor digitorum brevis ausginge und nach dem Tuberculum hinwüchse«. Im Anschluß an die Exostosen fand sich eine allgemeine Verdickung des Calcaneus. Die operative Entfernung der Exostosen war auch hier stets, wie in meinem Falle, von Erfolg begleitet.

Schon aus dieser Beschreibung der Baer'schen Beobachtungen dürfte sich beim Vergleiche mit meinen, absichtlich Eingangs etwas ausführlich beschriebenen Fällen ergeben, daß es sich um verschiedene Affektionen handelt.

Akute oder chronische Gonorrhöe war in meinen Fällen zurzeit absolut auszuschließen und hatte angeblich nie bestanden, weiter waren die Beschwerden einseitig, und seit Monaten einseitig und folgten auf ein Trauma; auch ist die Form des Knochenvorsprunges eine andere: in meinen Fällen sitzt derselbe breitbasig auf und läuft kegelförmig distalwärts zu. Auf der gesunden Seite meines zweiten Falles fand sich ein noch größerer Sporn wie auf der kranken, ohne die geringsten Beschwerden je verursacht zu haben. Der Ausspruch Baer's: »One can easily see, why such a bony spur, bearing the weight of the body, should be so painful«, ist also ohne weiteres nicht anzuerkennen.

Überhaupt bin ich, da ich den Sporn an einem absolut gesunden Fuße fand, und das Tuberculum sicherlich an sich in seiner Größe durchaus variabel ist, von meiner ursprünglichen Ansicht, den Sporn insgesamt als Resultat chronischer Irritation, also ähnlich wie Baer aufzufassen, abgekommen, und halte ihn für präexistent.

Was die Therapie des bei meinen Fällen vorliegenden Leidens angeht, so scheint nach dem Gesagten der operativen der Vorzug zu gebühren. Für jeglicher Operation abholde Pat. könnte man meine Behandlung von Fall I versuchen und für den Pat. bei einem geschickten Schuhmacher einen Schuh danach fertigen lassen; für ganz frische Fälle scheint mir sehr lang ausgedehnte Ruhe des Fußes am Platze.

---

[1] W. S. Baer, Gonorrhoeal exostosis of the os calcis. Surgery, gynaecology and obstetrics Vol. II. Nr. 2. Februar 1906.

Die Prognose der Affektion scheint demnach, wenn sie in der angegebenen Weise behandelt wird, keine schlechte zu sein. Wird das Leiden nicht oder unrichtig behandelt, so dürfte es chronisch werden, wie in meinen Fällen.

Hoffentlich trägt diese Mitteilung dazu bei, daß sich auch anderwärts die Fachgenossen mit dieser Frage beschäftigen und vielleicht mehr als bisher Fälle von »Pes valgus« oder schmerzhaften Druckpunkten am Calcaneus oder einem anderen Knochen der Fußsohle bis in die Details genau röntgenographisch untersuchen. Dann erst wird sich zeigen, ob meine Beobachtungen relativ seltene Fälle darstellen oder vielleicht auf gewisse chronische Fußleiden ein anderes, klareres Licht zu werfen vermögen.

Dortmund, März 1906.

---

16) **G. E. Konjetzny.** Glykosurie nach Frakturen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1906.

K. hat in der Breslauer Klinik 19 Fälle untersucht und fand bei 42,1% der Fälle spontane, bei 26,3% alimentäre, bei 31,6% keine Glykosurie, mithin 68,4% Fälle, die im Sinne einer vorübergehenden Zuckerausscheidung durch den Harn positiv waren. Glykosurie nach Frakturen scheint demnach eine häufige Erscheinung zu sein. Diese traumatischen Zuckerausscheidungen sind vorübergehender Art; sie dauern 1 bis 2 Wochen. In den meisten Fällen waren sogar schon nach 3 bis 4 Tagen wieder normale Verhältnisse eingetreten, so daß nach dieser Zeit bei einzelnen Fällen auch alimentäre Glykosurie nicht mehr zu erzielen war. Albuminurie und Polyurie fehlte dabei fast immer.

Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers war in allen Fällen niedrig, durchschnittlich 0,4%. Nur in einem Falle wurde 1,4% erreicht mit einer ausgeschiedenen Zuckermenge von 10,8 g. Die Steigerung der bestehenden Zuckerausscheidung nach Eingabe von Traubenzucker war im allgemeinen auch eine geringe; nur in einem Falle trat nach Eingabe von 50 g Traubenzucker 2,8% Zucker im Harn auf, was einer Tagesmenge von 24,84 g entsprach. Proportional der fortschreitenden Heilung nimmt die spontane und auch die alimentäre Glykosurie ab. Dagegen haben Störungen im natürlichen Heilverlaufe, gleich einem frischen Trauma, Glykosurie zur Folge (in den mitgeteilten Fällen Naht der Kniescheibe und blutige Reposition eines Oberschenkelbruches).

Von großer Bedeutung für das Zustandekommen der Glykosurie erachtet K. Fettembolien in die Medulla oblongata. Dann bilden ein beachtenswertes Moment die durch Auflösung der Zelltrümmer erzeugten Stoffwechselprodukte, teils durch eine starke Umwandlung des reichlich gebildeten Glykogens in Zucker, teils dadurch, daß der in den Säften kreisende Zucker zu wenig in Glykogen übergeführt wird. Da dieses an Zucker reiche Blut kein Organ passiert, das eine Zurückführung des Zuckers in Glykogen ausführen könnte, so kommt es zu einer ungewöhnlichen Zuckerausscheidung in den Nieren.

Inwieweit diese traumatischen Glykosurien zu wirklichem Diabetes führen können, steht noch dahin. Dieser Frage kommt allerdings für die Unfallsbegutachtung eine große Bedeutung zu. **E. Moser** (Zittau).

17) **W. Eckel.** Über Spontanfrakturen bei Paralyse.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1905.

E. teilt drei Fälle aus der Würzburger psychiatrischen Klinik mit. Im ersten handelte es sich um eine 61jährige hochgradig marantische Person, bei der der spontane Unterschenkelbruch weniger der Paralyse als vielmehr einer allgemeinen Osteoporose infolge senilen Marasmus zur Last zu legen ist. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Spontanfrakturen bei Paralytischen, die sich in durchaus gutem Ernährungszustande befanden, und bei denen keine Spur einer sichtbaren Ernährungsstörung nachzuweisen war. Der Quotient Körpergröße : Gewicht betrug im zweiten Falle (schmerzloser Schlüsselbeinbruch) 3,2, im dritten Falle 2,8. Hier waren in 4 Jahren sieben schmerzlose Knochenbrüche eingetreten. Außer-

dem waren im letzten Falle nach dem Tode nicht nur starke Veränderungen an den gebrochenen Knochen, sondern auch am Schädel, Unterkiefer und Fersenbein eine auffällige Osteoporose und schwammige Beschaffenheit zu finden. An den im Leben gebrochenen Knochen war ferner Neigung zu monströser Callusbildung und zu Knochenneubildung an einzelnen Muskelansatzstellen nachzuweisen.

E. sieht die Spontanfrakturen und die sonstigen Störungen in den Knochen bei Paralyse als direkte Folgen geschädigter Funktion des Rückenmarkes an. Er fordert auf, bei Paralytischen, die Erscheinungen von Spontanfrakturen gezeigt haben, an der Leiche dem ganzen Knochensysteme die genaueste Aufmerksamkeit zu schenken. Es wäre wünschenswert festzustellen, wie oft sich Knochenveränderungen finden und wie sich in dem der Fraktur zugehörigen Segment das Rückenmark verhält.

E. Moser (Zittau).

18) **Coenen.** Zur Kasuistik und Histologie des Hautkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

C. beschreibt als ersten Fall die Krankengeschichte einer Pat., welche am rechten Augenlide einen Plattenepithelkrebs und am linken ein plexiform wachsendes, nicht verhornendes Basalzellenkarzinom aufwies. Im Anschluß an diesen Fall erwähnt er noch kurz fünf andere Fälle mehrerer primärer Hautkarzinome aus der v. Bergmann'schen Klinik und stellt aus der Literatur analoge Beobachtungen zusammen.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine Seltenheit, um ein Adenokarzinom des Rumpfes in der Nähe der Drosselgrube bei einem 69jährigen Tischler. Im ganzen stellt Verf. noch 13 derartige Fälle zusammen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

19) **Albers-Schönberg.** Zur Technik der Orthoröntgenographie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 3.)

Verf. gibt eine von ihm konstruierte Einrichtung an, mit welcher es gelingt, die Körpermittellinie, die Mammillen oder einen beliebigen anderen Punkt des Brustkorbes auf eine vom Körper unabhängige Zeichenebene zu übertragen. Die Vorrichtung wird von Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen, hergestellt. Die genauere Anwendung des Apparates ist im Originale nachzulesen.

Gaugele (Zwickau).

20) **T. Sjögren.** Über Röntgenbehandlung von Sarkom.

(Hygiea Jahrg. 66. p. 1142.)

21) Derselbe. Über Röntgenbehandlung von malignen Geschwülsten.

(Nordisk Tidskrift for Terapi Jahrg. 3. p. 8.)

22) Derselbe. Über Nachbehandlung von operierten malignen Geschwülsten mit Röntgenbestrahlung.

(Hygiea Jahrg. 67. p. 716.)

In den vorliegenden Arbeiten legt Verf. seine bisherigen Erfahrungen nieder, sowohl in bezug auf die ausschließliche Röntgenbehandlung, als auch auf dieselbe als »Nachkur« nach einer Operation benutzt. Seine bisherige Kasuistik umfaßt 21 Fälle von Krebs, unter welchen 14 ohne und 5 mit Rezidiv geheilt wurden, und 3 von Sarkom. Die Krankengeschichten werden im Original ausführlich mitgeteilt. Angezeigt erscheint die Behandlung mit Röntgenstrahlen besonders gegenüber großen Krebsgeschwüren, wo die Exzision nur schwierig ausführbar oder ganz ausgeschlossen ist. Der Unterschied zwischen weichen und harten Röhren, bzw. zwischen Oberflächen- und Tiefenwirkung, ist beim Verf. die jetzt allgemein angenommene. Verf. arbeitet augenscheinlich in vollem Einverständnis mit den operierenden Chirurgen und hält sich frei von den in der Literatur hier und dort auftauchenden Überschwänglichkeiten. In voller Übereinstimmung mit Krogius macht er dessen Worte zu den seinen: »Ich glaube, daß es unter den bösartigen

Geschwülsten einige gibt, an welchen die Röntgenstrahlen eine eklatante zerstörende Wirkung ausüben, daß wir vielleicht durch fortgesetzte methodische Untersuchungen so weit kommen werden, daß wir im voraus die günstigen Fälle diagnostizieren können, und daß wir durch die Verbesserung der Technik und besonders durch passende Kombination von operativem Eingreifen mit Röntgenbehandlung dazu kommen werden, innerhalb gewisser Grenzen die Brauchbarkeit dieser Methode bedeutend zu entwickeln.«

Warm empfiehlt Verf. in der letzten Arbeit, so oft wie möglich neu operierte Fälle mit Röntgenbestrahlung nachzubehandeln; er selbst verfügt über 10 neu operierte Brustkrebse und 2 Sarkome. Können Rezidive bösartiger Geschwülste in dieser Weise an Zahl verringert werden, so ist hierdurch ein neues Feld für die Anwendung der Röntgenstrahlen gewonnen. **Hansson** (Cimbrishamn).

23) **Sieiro.** Caso grave de carbunclo curado por el método de Scharnowski.

(Rev. de med. y cirug. pract. de Madrid 1905. Nr. 906.)

Ein 44jähriger, kräftiger Arbeiter verletzte sich an der Hand bei der Abhäutung eines an Milzbrand zugrunde gegangenen Tieres. Nach 2 Tagen bemerkte er ein kleines dunkles Bläschen auf dem rechten Handrücken; Ätzung mit Jodtinktur und anderen Ätzmitteln blieb erfolglos. 7 Tage nach der Infektion war der Zustand ein schwerer; es bestand Fieber, Pulsverlangsamung, allgemeine Prostration. Auf dem rechten Handrücken fand sich ein schwärzlicher, markstückgroßer Schorf von entzündlicher Röte umgeben. Der ganze rechte Arm war elephantiasisartig ödematös angeschwollen; desgleichen war die ganze rechte Brustseite ödematös und von bläulich-violetten Bläschen bedeckt. Die Axillardrüsen waren geschwollen, und es bestand ausgedehnte Anästhesie der rechten oberen Extremität und Brusthälfte. Es wurden nunmehr 8 ccm einer 2%igen Karbollösung injiziert, und zwar fünf Spritzen von je 1 ccm in die unmittelbare Umgebung des Schorfes und drei in den gänzlich unempfindlichen Vorderarm; außerdem wurden Umschläge mit heißer (40°) 3%iger Karbollösung gemacht. Nach 12 Stunden wurden wiederum 8 ccm in gleicher Weise injiziert. Der Kranke gab nunmehr bereits an, etwas Gefühl im Arme zu haben. Am 3. Tage wurden sechs Spritzen (à 1 ccm) injiziert, die dem Pat. nunmehr sehr heftige Schmerzen an den Einstichstellen verursachten. Am 4. Tage war das Fieber geschwunden, das Ödem ging zurück. Es wurden jetzt nur noch die Karbolumschläge fortgesetzt. Am 5. Tage war nur noch ein exsudatives Ekzem vorhanden, das durch trockene Behandlung geheilt wurde. S. rät bei schweren Fällen niemals weniger als 8 ccm auf einmal zu injizieren, bei leichteren dagegen 3—4 ccm anzuwenden. Es ist besonders wichtig, die Injektionen nicht auf die Umgebung der Pustel zu beschränken, sondern dieselben bis an die Grenzen des gesunden Gewebes auszudehnen.

Stein (Wiesbaden).

24) **E. Moschcowitz.** A new method of treatment of acne.

(New York med. record 1906. Januar 13.)

M. verwendet Bier's Apparate für die Behandlung der Akne mit anscheinend guten Erfolgen. Er wendet 1—2mal täglich die Saugglocken bis zu einer halben Stunde an, lüftet aber alle 1—2 Minuten.

Er berichtet über acht Fälle. **Loewenhardt** (Breslau).

25) **Heine.** Über die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung mittels Stauungshyperämie nach Bier.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 28.)

Die angewandte Technik entsprach den Bier'schen Vorschriften. Die Stauung wurde im großen und ganzen gut vertragen. Die durch die Erkrankung bedingten Schmerzen wurden nicht in hervorragender Weise günstig beeinflußt. Das therapeutische Ergebnis war folgendes: Von 23 Mittelohrerkrankungen (19 Fälle)

wurden 9 gänzlich geheilt, bei 2 ging die Mastoiditis wenigstens äußerlich zurück, und 8 sind operiert worden. Das Resultat war also nicht so günstig wie in den Bier'schen 18 Fällen. Jedenfalls fordert das Ergebnis auf, weiter zu versuchen und festzustellen, ob überhaupt und welche Arten von Mittelohrentzündung sich für die Bier'sche Stauung eignen. Am meisten für die Methode scheinen nach Verf. die Mastoiditiden geeignet zu sein, die bereits zu einem Abszeß oder einer Infiltration der Weichteile geführt haben. **Langemak** (Erfurt).

26) W. Conkling. Resuscitation by manipulation of the heart, of a patient apparently dead from shock.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. September 2.)

Der Kranke hatte im Streite mit einem Neger eine Wunde an der Brust erhalten, die, unter der Mitte des linken Schlüsselbeines beginnend, bis 3 Finger breit unter die rechte Brustwarze reichte, die Weichteile völlig durchtrennend, ebenso die knorpeligen Teile der 2.—4. Rippe, ein Stück Pleura und Perikard. Stark entblutet kommt er 1 Stunde später zur Behandlung. Infusion und Analeptika, darauf unter oberflächlicher Äthernarkose Wundversorgung. Dabei Versagen des Pulses; durch Tastung des Herzens (es war noch frei zugängig) wird völliger Stillstand der Herzaktion festgestellt. Künstliche Atmung erfolglos. Mindestens 2 Minuten nach völligem Aufhören der Herztätigkeit beginnt C. mit rhythmischen Kompressionen des Herzens zwischen Daumen und Zeigefinger. Nach $^3/_4$—1 Minute selbständige Tätigkeit, Puls wieder fühlbar. Tamponade der Wunde, Analeptika, Kochsalzlösung per rectum. Während der Nacht noch große Schwäche, dann ungestörte Rekonvaleszenz. **Lengemann** (Bremen).

27) F. Hesse. Eine weitere geheilte Stichverletzung des Herzens.

(Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg.)
Würzburg, **A. Stuber's** Verlag **(C. Kabitzsch),** 1906.

Einem schon früher veröffentlichten Falle (Zentralblatt für Chirurgie 1905 p. 1166) fügt Verf. einen neuen hinzu. Ein 24jähriger Mann stach sich mit einer Papierschere zweimal in die linke vordere Brustwand. Er fiel zu Boden ohne bewußtlos zu sein und wurde bald in das Spital überführt. Dort fand man einen Einstich im 5. Interkostalraum oberflächlicher Art, der andere Stich lag am oberen Rande der 4. Rippe, etwas medialwärts von der Mammillarlinie. Der Puls war beschleunigt, etwas klein, die linke Brusthälfte schleppte bei der Einatmung etwas nach. Links hinten unten war eine 2—3 Querfinger breite Schallverkürzung mit abgeschwächtem Atmen; die Probepunktion dort ergab Blut. Die Herztöne waren rein, Herzdämpfung vielleicht etwas verbreitert.

Wegen Wahrscheinlichkeit einer Herzverletzung wurde in Narkose dem Stich im 4. Interkostalraume nachgegangen, $^3/_4$ Stunde nach der Verletzung. Die Wunde führte in die linke Pleurahöhle. In diese hatte die Luft wegen der schrägen Richtung des Stichkanales nicht eindringen können. Nach Resektion der 4. Rippe und Spaltung der Pleura wurde weiter oben in der Gegend des linken Herzohres ein kleines Loch eines hier ziemlich fettreichen Perikardzipfels entdeckt, aus dem in dünnem Strahl eher dunkles als helles Blut rieselte. Da das Suchen nach der Quelle der Blutung erschwert war, wurde ein hufeisenförmiger, bis zum 2. Interkostalraume reichender Lappen mit der Basis am Sternalrand aufgeklappt. Die Perikardverletzung wurde nun zugebunden, und als der Herzbeutel gefüllter zu werden schien, wurde das Perikard in der Mitte der Vorderfläche von oben nach unten gespalten. Jetzt zeigte sich nach Entleerung des Blutes ein 1 cm großer Stich, ungefähr in der Mitte der Vorderfläche des rechten Ventrikels, der, wie die Sondenuntersuchung zeigte, bis in die Lichtung führte. Er konnte mit drei Seidenknopfnähten geschlossen werden. Die Perikardwunde wurde nun wieder mit Catgutnähten geschlossen bis auf die unterste Öffnung, von wo aus zwischen hintere Herzwand und Perikard hin drainiert wurde. Der Lappen wurde wieder eingefügt bis auf die Drainstellen für Perikard- und Pleurahöhle. Durch Resektion der 8. und 9. Rippe hinten in der Schulterblattlinie wurde für weitere Drainage des linken

Pleuraraumes gesorgt. Die linke Lunge zeigte sich dabei mit der hinteren Brustwand bis hinten unten verwachsen.

Im Wundverlaufe stellte sich eine geringfügige Perikarditis und eine reichlich sezernierende Pleuritis ein, die Temperatursteigerung bis 39° bewirkte. Am 5. Tage wurde die Drainage des Perikards entfernt. Am 65. Tage waren die Wunden alle verheilt.

Der Puls ist 3 Monate nach der Operation noch 90—100 in Bettruhe, bei Anstrengungen und Erregungen steigt er rasch auf 120 und mehr. Die Herztöne sind rein, nur medial von der Mammilla ist ein rauher Beiklang. Herzdämpfung ist ein wenig nach rechts verbreitert. Links hinten unten ist geringe Schallverkürzung und geringere respiratorische Verschieblichkeit zurückgeblieben.

E. Moser (Zittau).

28) **W. Osler.** Medical aspects of carcinoma of the breast.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 6.)

O. lenkt die Aufmerksamkeit auf einige besondere Formen des Brustkrebses und seiner Metastasen. — So warnt er davor, ganz kleine Knoten zu übersehen, die zuweilen die latente Ursache für sehr schwere und ausgedehnte Verallgemeinerungen der Krankheit sein können. — Ferner gibt es Fälle von akut einsetzender und schnell sich ausdehnender Mastitis carcinosa (Cancer aigu der Franzosen), die weit mehr den Eindruck einer diffusen Entzündung als einer Neubildung machen und meist beide Brüste befallen. — Unter Anführung bezeichnender Krankengeschichten geht er auf Metastasierungen der Pleura, des Gehirns, des Bauches ein, die oft lange Zeit hindurch als Neurasthenie und sonstige Erkrankungen gedeutet werden, und bespricht dann genauer die Beteiligung der Wirbelkörper und übrigen Knochen an der Metastasenbildung. Die Metastasierung des Brustkrebses in der Wirbelsäule ist die häufigste und ernsteste. Von seinen 29 Fällen hatten 10 spinale Anzeichen. Die Fälle durchlaufen ein neuralgisches Stadium, das den Arzt in schwere Zweifel und die Kranke in den Verdacht der Hysterie bringt, und ein paralytisches Stadium, das meist als spastische Paraplegie auftritt. — Eine bemerkenswerte Besonderheit bei der Bildung sekundärer Geschwülste ist die zuweilen eintretende spontane Schrumpfung und damit vorübergehende Besserung der schweren Erscheinungen bis zur Scheinheilung, die einige Jahre dauern kann. — Nach kurzer Besprechung der wichtigen Spontanfrakturen langer Röhrenknochen infolge von Krebsmetastasen erwähnt Verf. einen sehr seltenen Fall von Metastasierung in Daumen, Schlüsselbein, Knie und Sprunggelenk, während eine Übersicht über 650 Fälle von Autopsien nicht eine einzige Metastase in Hand- oder Fußknochen ergab.

Weber (Dresden).

29) **Harrison and Eve.** A case of splenectomy.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 10.)

Bericht über eine erfolgreiche Splenektomie wegen traumatischer Zerreißung, die $1/3$ des Organs völlig losgetrennt hatte. Störung der Genesung durch einen am nächsten Tage einsetzenden Ileus, für den eine Wiedereröffnung des Leibes keinen Anhaltspunkt gab und der auf Magenspülungen zurückging. Genaue Blutuntersuchungen ergaben das Vorhandensein einer Leukocytose auf entzündliche Reize, den Mangel einer solchen während der Verdauung; merkbare Zunahme der Lymphocyten und das Auftreten einiger Myelocyten nach 6 Monaten.

Weber (Dresden).

30) **E. Deetz.** Zur Klinik der Leberzerreißungen.

(Med. Klinik 1906. Nr. 4.)

Drei operierte Fälle der Rostocker Klinik, von denen der erste deshalb bemerkenswert ist, weil der — wohl durch die scharfe Kante der Rippe verursachte — Riß an der hinteren Fläche der Leber erst zu Gesicht kam, als sie fast nach oben luxiert worden war. Eine zweite Operation eröffnete nahe dem alten Riß

einen Staphylokokkeneiterherd in der Leber. Heilung. Der zweite Kranke starb am 2. Tage nach der Operation an einer von einem Herzthrombus ausgehenden Lungenembolie. Der dritte Kranke hatte sich durch einen Fall einen großen Riß im rechten Leberlappen zugezogen, der unter Tamponade heilte.

Georg Schmidt (Berlin).

31) **J. A. W. Pereira** and **J. D. Harris.** Acute haemorrhage into a gallbladder, the seat of infective cholecystitis, hundreds of gallstones.

(Lancet 1906. Februar 24.)

Den Inhalt der Mitteilung besagt die Überschrift. Enorme, nach Verf. von der Blutung in die Gallenblase herrührende Schmerzen ließen die Operation beschleunigen. Es wurde die Cholecystostomie gemacht, wobei 120 ccm blutig-gallige Flüssigkeit und 200—300 Steine entleert wurden. Vor der Operation hatte die Diagnose zwischen Extra-uterin-Gravidität, Appendicitis und Nierenaffektion geschwankt. Der Fall ging nach der Operation schnell in Heilung aus.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

32) **K. Otten.** Histologische Untersuchungen an exstirpierten Gallenblasen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Im Anschluß an die Untersuchungen Aschoff's über die Pathologie der Gallenblase untersuchte Verf. neun von Küttner exstirpierte Gallenblasen und erstattet ausführlichen Bericht über den klinischen wie besonders histologischen Befund. Bei unkomplizierten Fällen von Cholelithiasis fand sich als Ausdruck der durch den Steinverschluß bedingten intravesikalen Druckerhöhung Hypertrophie der Muscularis, Verdickung der Schleimhaut durch Vermehrung der lymphocytären Elemente und Vergrößerung resp. Vermehrung der Luschka'schen Gänge, während in den bindegewebigen Schichten wesentliche Veränderungen fehlten. Bei den durch Infektion komplizierten Gallensteinerkrankungen prävalieren die entzündlichen Veränderungen resp. deren Residuen: Granulations- und Geschwürsbildung, Verdickung der fibrinösen Schichten, tiefgreifende Narbenbildung und endarteriitische Prozesse. Die bei der letzten Gruppe häufig beobachtete Drüsenbildung hält Verf. mit Toernqvist und Aschoff für eine Folge der komplizierenden Entzündung, im Gegensatze zu Müller, der darin ein disponierendes Moment für die Steinbildung erblickt. Der Vergleich der mikroskopischen Befunde mit dem klinischen Bild ergibt durchweg gute Übereinstimmung. **Reich** (Tübingen).

33) **Struve.** Harnröhrenmassagedehner zur mechanischen Behandlung der Gonorrhöe der vorderen Harnröhre.

(Ärztl. Polytechnik 1905. November.)

Zwei leicht federnde Hebelarme sind schloßartig miteinander verbunden und werden durch eine regulierbare Schraube gespreizt. Das Instrument wird geschlossen, gut eingefettet, eingeschoben, selbst bis zum Sphinkter, wird dann entfaltet, teils horizontal, teils vertikal die Harnröhre dehnend, zur kräftigen, lange anhaltenden Massage verwendet. Schmerzen sind mit der Anwendung des Instrumentes nicht verbunden. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

34) **W. Thomson.** Enucleation of the prostate for haemorrhage.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 27.)

Zu den bisherigen Anzeigen einer suprapubischen Prostatektomie fügt T. als völlig neue schwere Blutungen aus der Prostata hinzu. Ein 57jähriger Pat. erkrankt ohne irgendwelche Vorläufer an starken Blutungen aus den Harnwegen nach körperlichen Anstrengungen. Im Laufe von 4 Jahren treten allmählich Störungen der Harnentleerung ein, auf den Katheterismus folgt Cystitis und später eine sehr schwere Blutung. Vom Mastdarm aus ist die Prostata stark vergrößert, glatt und weich fühlbar. Entfernung der großen Prostata nebst 32 in eine retro-

prostatische Tasche eingelagerten Steinen durch hohen Blasenschnitt. Glatte Heilung. Urinfunktionen vorzüglich. Unter der Oberfläche des linken Prostatalappens sieht man drei Blutextravasate, die auf die Quelle der Blutung hinweisen. Steine waren weder mit der Sonde noch mit dem Cystoskop nachweisbar gewesen.

Weber (Dresden).

35) **Serafini.** Fistola ombelico vescicale tardiva per persistenza della permeabilità dell' uraco.

(Gazz. degli osped. e delle clin. 1905. Nr. 27.)

Bei einem 49 Jahre alten Manne trat vor einigen Jahren häufiger Urindrang in der Nacht auf, der vor 7 Wochen stärker wurde und mit einer Anschwellung im Unterleib und Schmerzen daselbst einherging. Vor 3 Wochen Anschwellung am Nabel mit Geschwürsbildung und Eiterung an demselben. Aus einem granulierenden Geschwüre des Nabels entleert sich namentlich bei Rückenlage Urin. Mit dem Katheter werden 3 Liter Urin aus der Blase entleert, worauf der Ausfluß aus dem Nabel aufhört. Mit einem dünnen Katheter gelangt man aus der Nabelfistel in die Blase. Es besteht Hypertrophie der Prostata. Durch einen Verweilkatheter und Ätzungen an der Nabelfistel wird ein Verschluß der letzteren erreicht, der nachher bei unregelmäßigem Katheterismus wieder aufhört. Ebenso öffnet sich ein zum zweiten Male gelungener Verschluß wieder. Eine Operation wurde mit Rücksicht auf die gleichzeitig bestehende Prostatahypertrophie unterlassen. Die Veranlassung zu dem späten Entstehen dieser Urachusfistel war vermutlich das durch die Prostatahypertrophie bereitete Hindernis der Harnentleerung. **Dreyer** (Köln).

36) **Fenwick.** The accurate delineation of tuberculous foci in early disease of the kidney in women before operation is undertaken.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 27.)

Diagnose und Behandlung der primären Nierentuberkulose beim Weibe sind verhältnismäßig klarliegend, wenn Schmerzen, eine Geschwulst, Fieber, Tuberkelbazillen im Urin auf den richtigen Weg leiten. F. beweist nun an einer 44jährigen Pat., daß es auch in Fällen, wo keine Schmerzen, keine Geschwulst, kein Fieber, kein Tuberkelbazillennachweis uns zur Verfügung stehen und der Urin steril und sauer ist, lediglich auf cystoskopischem Wege möglich ist, eine genaue Diagnose zu stellen. Das Cystoskop zeigte in diesem Falle den linken Harnleiter verlagert, eingezogen und in seiner Umgebung gerötet. Dies im Verein mit der langen Dauer der Erkrankung, dem häufigen und schmerzhaften Urindrang und seiner Kenntnis vom typischen Bilde solcher Fälle ermöglichte es F., vor der Operation den Nieren- und Harnleiterbefund im einzelnen zu schildern. Die Autopsie an der herausgenommenen Niere deckte sich genau mit der von ihm vorher gegebenen Beschreibung: derbe Verwachsungen am oberen und unteren Nierenpole, starke Verdickung des Harnleiters mit Verengerung seiner Lichtung, tuberkulöse Zerstörung der oberen und unteren Nierenkelche mit miliarer Ausstreuung durch die übrige Nierensubstanz bis zur Rinde.

Die verlagerte, eingezogene Öffnung des Harnleiters ist nach F.'s großen Erfahrungen absolut beweisend für die oben beschriebene Form der Tuberkulose der betreffenden Niere! Ein frühzeitiges Erkennen wird uns vielleicht später einmal instand setzen, durch Resektion des oberen und unteren Nierenpoles mit Hinterlassung des Mittelteiles die konservative Nierenchirurgie zu bereichern.

Weber (Dresden).

37) **Frank.** Chorionepitheliomatous proliferations in teratomata.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1906. Januar 27.)

Zuerst allgemeine Besprechung, Vorkommen, Histologie, Bericht über mitgeteilte Fälle bei Frauen und Männern.

Drei Fälle hat Verf. selbst untersucht und beobachtet.

1) 47jähriger Mann litt seit 2 Jahren an Hodenschwellung, die auf Jodeinspritzung zurückging. Wegen erneuten Wachstums Entfernung. Die Geschwulst

wurde zunächst für Sarkom gehalten. Mikroskopische Untersuchung zeigte typische Bilder des Chorionepithelioms, die den bei Frauen beobachteten vollkommen glichen. Späteres Schicksal des Operierten unbekannt.

2) 16jähriger Mann. Seit 2 Monaten einseitige, zuerst schmerzlose, später stark schmerzende Hodengeschwulst. Die Geschwulst war etwa orangengroß, auf dem Durchschnitte zahlreiche hämorrhagische Herde. Mikroskopische Untersuchung ergab Teratom, welches aus Zellen aller drei Keimblätter bestand, und in welchem Chorionzellen besonders stark gewachsen waren.

3) 21jähriger Mann erkrankte unter den Zeichen fieberhafter Lungenerkrankung; Blutspeien. Zeichen einer Mediastinalgeschwulst wurden während der Behandlung gefunden und richtig gedeutet. Bei der Autopsie konnten nur kleine Stücke der Geschwulst gewonnen werden; über den grobanatomischen Befund ist nichts gesagt. Histologisch fand sich das für die Geschwulst charakteristische neben Teratomgewebe, das aus allen drei Keimblättern Teile enthielt. — Durch die Mitteilung wird die Zahl der bekannten Chorionepitheliome des Hodens auf 22 erhöht.

Trapp (Bückeburg).

38) **Corner and Nitch.** The immediate and remote results of the high operation for varicocele, with a report on the examination of 100 cases.

(Brit. med. journ. 1906. Januar 27.)

Zur vorliegenden Arbeit benutzten Verff. das riesige Material des St. Thomas-Hospital in London. Von über 500 Fällen konnten sie 100 nachuntersuchen. In allen Fällen war die gleiche Operation ausgeführt worden. Freilegung des Samenstranges auf einer kurzen Strecke, Isolierung des Plexus pampiniformis, doppelte Unterbindung und Resektion der dazwischen liegenden 4—5 cm Venenstrecke. In einigen Fällen wurden die Stümpfe mit einer Naht einander genähert.

Von den unmittelbaren Ergebnissen hat besonders die seltene Nachblutung durch Abgleiten der Ligaturen einen Einfluß, indem sie durch Bildung eines Hämatoms zu Ödem und Verdickung von Hodensack, Hoden und Tunica führt, die dauernd bestehen bleiben. In zwei Fällen fanden Blutungen ins Becken statt durch zurückgeglittene Gefäßenden. Entzündliche Vorgänge im Hoden fanden sich in 5,6% der Fälle und werden erklärt durch die plötzliche Unterbrechung des Blutstromes mit der ihr folgenden passiven Hyperämie. Je eher und besser nun der kollaterale Kreislauf sich herstellt, um so geringer fällt die Schwellung aus, um so kürzer dauerte sie an. Sehr oft findet man im Anschluß an die Operation eine schlaffe Hydrokele.

Von den dauernden Ergebnissen interessieren besonders die Veränderungen am Hoden. In fast 90% (!) fanden Verff. den Hoden härter als auf der anderen Seite als Ausdruck einer Bindegewebsvermehrung infolge der chronischen Venenstauung. Dabei war der Hoden in 55% aller Fälle größer als auf der nicht operierten Seite, in 21% kleiner. Auch die Skrotalhaut und das Unterhautzellgewebe boten in sehr vielen Fällen eine chronische Verdickung dar. Hydrokelen ließen sich in 23% nachweisen, von denen 8% groß und prall gespannt, 15% schlaff waren. Hernien fanden sich in 2% der Fälle, ob als Folge der Operation, lassen Verff. unbestimmt. Gleichfalls in 2% traf man auf ein leichtes Rezidiv der Varicokele ohne irgendwelche Beschwerden.

Was die subjektiven Ergebnisse betrifft, so fühlten sich 70% frei von allen Beschwerden, 26% waren weder besser noch schlechter durch die Operation geworden, 4% gaben eine deutliche Verschlechterung an.

Die verhältnismäßig große Zahl von dauernden Komplikationen bringen Verff. in Zusammenhang mit der Entfernung eines zu großen Stückes vom Plexus pampiniformis und erklären dies wiederum mit der Überlassung des Eingriffes an weniger geübte Hände.

Weber (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. **Sonnabend, den 21. April.** **1906.**

Inhalt: 1) **Fränkel,** Allgemeininfektion durch Bacillus pyocyaneus. — 2) **Krämer,** Heilung und Ausrottung der Tuberkulose. — 3) **Kessler,** Operationsdauer und postoperativer Verlauf. — 4) **Zaaijer,** 5) **Gentil,** Nierenentkapselung. — 6) **Duclaux,** Phimose. — 7) **Poresz,** Ductus ejaculatorius und Colliculus seminalis. — 8) Semmelweis' Werke. — 9) **Polano,** Prophylaxe der Staphylokokkeninfektion. — 10) **Leisewitz,** Erkrankung der weiblichen Geschlechtsteile und Blutbeschaffenheit. — 11) **Hörmann,** Chorioepitheliom. — 12) **Polano,** Adenomyom der Gebärmutter. — 13) **Sticker,** Infektiöse und krebsige Geschwülste an den Geschlechtsorganen des Hundes. — 14) **Pincus,** Atmokausis und Zestokausis. — 15) **Pincus,** Gebärmuttermyome. — 16) **Graefe,** Ovariotomie in der Schwangerschaft. — 17) **Gümbel,** Callus. — 18) **Gutierrez,** Chronische Osteomyelitis. — 19) **Krueger,** Phokomelie. — 20) **Reichard,** Operative Behandlung jugendlicher Krüppel. — 21) **Jaks,** Statik und Mechanik des weiblichen Beckens. — 22) **Beyer,** Angeborene Hüftverrenkung. — 23) **Ménard,** 24) **Silberstein,** 25) **Duclaux,** Hüftgelenkentzündung. — 26) **Voltz,** Arteriosklerose und traumatische Fußgelenkentzündung.

27) Sammelbericht über Röntgenbehandlung. — 28) **Sandberg,** Spinalanalgesie. — 29) **Sandberg,** Respirationsparalyse nach Stovain. — 30) **Fiori,** Nephropexie. — 31) **Skillern,** Traumatisches Aneurysma der Nierenarterie. — 32) **van der Veer,** 33) **Zironi,** 34) **Ekehorn,** 35) **Phocas,** Zur Nierenchirurgie. — 36) **Wyeth,** Sarkom der kryptorchischen Hoden. — 37) **Stone,** Retroperitoneale Gebärmutterfibrome. — 38) **Isaacs,** Eierstocksdermoid. — 39) **Jacobson,** Eierstocksangiom.

1) E. Fränkel. Über Allgemeininfektion durch den Bacillus pyocyaneus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 405.)

F. berichtet über Herzblutuntersuchungen, die er bei ca. 1100 Leichen angestellt hat. Es fand sich dabei nur 4mal das Vorhandensein des Pyocyaneus. Daher ist nach Ansicht des Verf. die Vorstellung von der Häufigkeit des Vorkommens dieses Bazillus auf der Haut und im Darme, sowie von seinem postmortalen Eindringen in die verschiedensten Organe der Leiche eine irrige. Andererseits zieht F. aus seinem und dem ihm aus der Literatur zur Verfügung stehenden Material über Pyocyaneusinfektionen den Schluß, daß der Bazillus nicht nur giftige lokale und allgemeine Wirkungen entfalten

kann, sondern daß er auch im Gegensatze zu dem früher herrschenden Ansichten durch Einwandern in die verschiedensten Organe unter Umständen gefährlich wird; er ist deshalb als ein »invasiv pathogener« Krankheitserreger anzusehen. Als wertvolles Symptom für eine Pyocyaneusinfektion wird das Auftreten einer sich teils als hämorrhagisches oder pustulös-hämorrhagisches Exanthem, teils in Form hämorrhagischer Infiltrationen sich äußernden Erkrankung der Haut angesehen.

Doering (Göttingen).

---

2) **C. Krämer.** Studie über die Heilung und Ausrottung der Tuberkulose.

(Medizinisches Korrespondenzblatt des Würtenberg. ärztlichen Landesvereins 1906. Nr. 5—8.)

Nachdem K. bereits früher (s. Zentralblatt 1904, p. 325) in mehr theoretischer Weise das Prinzip der Dauerheilung der Tuberkulose erörtert hat, sucht er in seiner vorliegenden Studie die in der Praxis gangbaren Wege zu zeigen. Er zeigt an einzelnen Beispielen, daß eine klimatisch-hygienisch-diätische Behandlung in bester Form, bei leichtestem Krankheitsstadium und kräftiger Konstitution und trotz genügend langer Dauer unter Umständen keine völlige Heilung der Tuberkulose zu erzielen vermag, und daß auch in prophylaktischer Hinsicht eine Allgemeinkur die spätere Tuberkuloserkrankung nicht verhindern kann. Ausgehend von den zwei festen, für die Tuberkulosebehandlung gegebenen Punkten, der Latenz der Tuberkulose und der frühzeitigen Erkennungsmöglichkeit derselben, vorzüglich mittels des Tuberkulins, muß als Hauptziel einer rationellen Tuberkulosebekämpfung betrachtet werden: nicht die Möglichkeit der Heilung schon vorgeschrittener Tuberkulosekranker, sondern die Inangriffnahme der noch latenten, geschlossenen Tuberkulose durch die kombinierte Tuberkulin- und (klimatisch-hygienisch-diätetisch-physikalische) Anstaltsbehandlung. Die rein hygienisch-diätetische Kur wirkt nur auf manifeste Tuberkulose; die Allgemeinkur allein erzielt überhaupt keine volle Heilung, es bleibt mindestens positive Tuberkulinreaktion, während das mit der kombinierten Kur gelingt (keine Reaktion mehr). Erst wenn die Tuberkulinprüfung negativ verlaufen ist, darf von einer Heilung der Tuberkulose gesprochen werden, d. h. von einem Freisein des Körpers von Tuberkulose. K. hält an der diagnostischen Zuverlässigkeit des Tuberkulins fest.

Die Kinderheilstätten sind, weil sie der Ätiologie und Pathologie der Tuberkulose am meisten Rechnung tragen, als das radikalste, das Übel an der Wurzel auffassende Hilfsmittel der Tuberkulosetherapie zu betrachten, ohne sie bleibt die ganze Antituberkulosebewegung ein Kampf mit Windmühlen. Die Lehre, daß man eine latente Tuberkulose noch nicht zu behandeln brauche, ist gerade mit Rücksicht auf die Tuberkulose direkt verderblich, die Tuberkulose gehört in jedweder Form nicht in den Menschen hinein.

Mohr (Bielefeld).

---

3) **Kessler.** Einfluß der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1905. Nr. 45 u. 46.)

Nachdem man durch exakteste Ausbildung der Asepsis soweit gelangt war, daß eine weitere Vervollkommnung in dieser Richtung und weitere Steigerung günstiger Operationsresultate auf diesem Wege unmöglich schien, machte sich, besonders von Frankreich aus, eine Bewegung bemerklich, dahingehend, daß man die immer vorhandenen Fehlerquellen durch Abkürzung der Operationszeit, durch Schnelloperieren zu verringern trachtete. Um nun zu sehen, ob in der Tat durch Schnelloperieren die Resultate verbessert werden, benutzte K. eine typische, große Operation, die Totalexstirpation des myomatösen Uterus auf abdominalem Wege; er verwertet nur die von ihm selbst ausgeführten Operationen dieser Art, und zwar lückenlos, seitdem er überhaupt zum erstenmal eine solche ausgeübt. Er verfügt über 28 Operationen; von diesen endeten 27 in Heilung; eine Kranke starb an Blutbrechen, das schon vor der Operation bestanden, für welches die Sektion Nekrose des Pankreas und Durchbruch ins Duodenum als Ursache ergab. Dieser Todesfall ist also nicht der Operation zur Last zu legen und auszuscheiden. Die Operationen wurden mit ungeübten, oft wechselnden Assistenten in einem mangelhaft geheizten, nicht streng aseptischen Operationssaal ausgeführt; die Dauer der Operationen betrug anfangs 3—3$^3/_4$ Stunden, später bei größerer Übung ca. 2 Stunden. Es wurden ferner sämtliche Fälle von Myom, welche in dem betreffenden Zeitraume sich präsentierten, zur Operation angenommen ohne Auswahl und ohne Rücksicht auf etwa zu erwartende Schwierigkeiten oder extremes Ausgeblutetsein und elenden Ernährungszustand. Nach diesen glänzenden Erfolgen, unter sehr erschwerenden äußeren Umständen erreicht, ist K. gewiß zu dem Schluß berechtigt, daß lange Operationsdauer an sich einen ungünstigen Einfluß nicht zu haben braucht. **Haeckel** (Stettin).

---

4) **Zaaijer.** Untersuchungen über den funktionellen Wert der sich nach Entkapselung neubildenden Nierenkapsel.

(Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

In weiterem Verfolg seiner früheren experimentellen Studien (s. d. Zentralblatt 1905 p. 469) stellt Z. durch mannigfache Variierung der Versuchsanordnungen fest, daß sich bei der Enthülsung einer normalen Niere kaum mit einiger Sicherheit sagen läßt, ob die Neubildung der Kapsel vorwiegend von der Niere selbst oder vom perirenalen Gewebe ausgehen wird, und daß sich dieses noch viel weniger von vornherein sagen läßt bei einer kranken Niere.

Die sich nach Enthülsung in Verbindung mit Skarifikation der Niere beim Kaninchen bildenden renokapsulären Anastomosen haben nach einer gewissen Zeit (4—6 Wochen) einen höheren funktionellen

Wert als die normalen, und speziell ist dieses der Fall an der vom Hilus abgekehrten Seite der Niere. Der durch die Inzisionen der Niere zugefügte Schaden ist verschieden; oft scheint er sehr gering zu sein. Wenn es erlaubt wäre, das Ergebnis der Experimente auf die kranke menschliche Niere zu übertragen, so wäre die Enthülsung und Skarifikation der Konvexität der Niere ein Mittel, um den venösen Abfluß aus der Niere wenigstens für einige Zeit zu heben.

Haeckel (Stettin).

---

5) **Gentil.** Tratamiento cirurgico do mal de Bright. 364 S. Lissabon 1904.

Nachdem die Geschichte der operativen Nierenchirurgie kurz wiedergegeben ist, schildert G. in ausführlicher Weise sowohl das von Edebohls selbst angegebene Verfahren der Entkapselung und Annähung der Niere in Fällen von Bright'scher Erkrankung, als auch sämtliche von den verschiedenen Autoren angegebenen Modifikationen desselben. Bezüglich der Indikationen vertritt er die von Edebohls aufgestellten weitgehenden Forderungen. Im II. Teile des Buches sind alle bisher publizierten Fälle von Edebohls'scher Operation ausführlich wiedergegeben. Gute, teils mikroskopische, teils operationstechnische Abbildungen sind dem Werke beigegeben. Das Literaturverzeichnis umfaßt 562 Nummern.

Stein (Wiesbaden).

---

6) **Duclaux.** Procédé simple de cure radicale de phimosis. (Médecin praticien Nr. 3.)

Verf. empfiehlt eine Methode der Phimosenoperation, die von seinem Lehrer Segond des öftern ausgeführt worden sei: Nach Lösung der Verklebungen zwischen Vorhaut und Eichel wird die eine Branche einer Klemmpinzette auf dem Dorsum glandis in der Medianlinie bis zur Corona glandis vorgeschoben, darauf die Klemme geschlossen und einige Minuten liegen gelassen. Nach Entfernung der Klemme wird die an dieser Stelle papierdünn gequetschte Vorhaut mit der Schere durchtrennt, ohne die geringste Blutung. Die beiden dadurch entstehenden seitlichen Lappen werden genau in derselben Weise an ihrer Basis abgequetscht und an der gequetschten Stelle mit der Schere abgetrennt.

Die Methode besitzt nach des Verf.s Angaben vor der Operation mit dem Messer den Vorzug, unblutig zu sein und der Infektion keine größere Wundfläche dazubieten.

Gaugele (Zwickau).

---

7) **Porosz.** Die Anatomie und die physiologische Rolle des Ductus ejaculatorius und des Colliculus seminalis. (Monatsberichte für Urologie Bd. XI. Hft. 1.)

»Ein zirkulärer glatter Muskelring der Prostata umgibt das Urethralende des Ductus, das an glatten Muskelfasern auffallend reiche Bündel in sich faßt. Sie sind miteinander und auch mit dem beide

umfassenden glatten Muskelringe (der übrigen Prostata? der Ref.) in organischem Zusammenhange, derart, daß die drei Muskelringe zusammen und auf einmal tätig sein können. Ihr Tonus ist konstant geradeso wie der jedes anderen Sphincters, und diese verhindern die überflüssige Entleerung des Samens aus der Blase. Kontrahiert sich die Prostata während des physiologischen Aktes, schließen auch die Muskelringe besser, sie entfalten einen größeren Widerstand, den die mit großer Energie kontrahierte Samenblase dadurch überwindet, daß sie den Inhalt durchpreßt.« Außerdem sind in dem Aufsatz noch verschiedene andere anatomische Bemerkungen über die in Rede stehenden Teile enthalten, die im Originale nachgelesen werden müssen.

Willi Hirt (Breslau).

---

8) Semmelweis' gesammelte Werke. Herausgegeben und zum Teil aus dem ungarischen übersetzt von Dr. Tiberius v. Győry. Mit dem Portrait von Semmelweis und einer Abbildung seines Grabmales.

Jena, **Gustav Fischer,** 1905.

Große Männer ernten ihre Anerkennung oft erst nach dem Tode. Wenigen hat man ihren Ruhm so streitig gemacht als S., der noch im Jahre 1904 der Gegenstand einer Gelehrtenpolemik für und wider wurde. Heute gilt wohl allgemein Zweifel's Wort: »Prioritätsansprüche gegen S. werden kein Glück mehr haben und ihren Verfechtern nicht zum Ruhme dienen«! Es steht als unbestrittene Wahrheit fest, daß S., der große, aber weniger vom Glück begünstigte Vorläufer Lister's, das Wesen der Wundinfektion zuerst klar erkannte und als logisch denkender Geist sofort zu Abwehrmaßregeln schritt. Die von ihm geforderten Vorsichtsmaßregeln: Abstinenz nach Berührung mit infektiösem Material und die Desinfektion vor Operationen sind die Grundprinzipien unserer modernen Chirurgie geblieben, wenn auch Dank unserer bakteriologischen Schulung die Desinfektionsverfahren sich wesentlich vervollkommnet haben. S. erkannte an der Leiche seines Freundes Kolletschka, der als Prosektor an den Folgen einer im Dienst erlittenen Leicheninfektion starb, klar das Wesen der Pyämie und zog daraus die praktisch für ihn als Geburtshelfer so wichtigen Folgerungen. Schwer können wir uns heut eine Vorstellung machen, in welcher Weise damals die gebärenden Frauen gefährdet waren.

Die preußische Kommission zur Bekämpfung des Puerperalfiebers hat den Prozentsatz an im Wochenbett gestorbenen Frauen mit dem Verlust ganzer Bataillone und Regimenter verglichen. In der Tat, in den Zeiten der schwersten Hausendemien starben selbst 40 von 100 Frauen. S., der erst dem Wahnsinn nahe war infolge des Unvermögens seiner ärztlichen Kunst, hat später in der Überzeugung von der Tragweite seiner Idee sich als deren Apostel gefühlt und mit heiliger Überzeugung gegen seine Feinde gekämpft. Die 36. Jahres-

versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1861 brachte ihm eine volle Niederlage. Hecker, Spiegelberg, Roser, Virchow u. a. m. verhielten sich ablehnend. Nur Prof. Lange (Heidelberg) trat für ihn ein.

Von Jahr zu Jahr häuften sich nun die Kränkungen. Kein Wunder, daß S., der sich verpflichtet fühlte, das Leben der gefährdeten Frauen zu retten, nun in seinen offenen Briefen eine freie Sprache anschlug. Er wollte, er mußte das Gewissen seiner Gegner wecken. Das Studium seines Hauptwerkes: »Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers«, ebenso wie die Lektüre der offenen Briefe enthüllen uns einen seltenen sittlichen Ernst und lauteren Charakter. Die Tragik seines Schicksals wollte es, daß er an den Folgen einer Pyämie starb — ein Grund mehr, ihm Verehrung und Mitleid zu sichern. Heute prangt sein Bild in jedem Gebärhause. Sein Landsmann Györy hat nun das gesamte Lebenswerk des »beim Baue verunglückten Arbeiters« in dem vorliegenden Bande der Mitwelt zugänglich gemacht — ein dankenswertes Unternehmen. Dieses Werk sollte ebenso wie beispielsweise Kussmaul's Erinnerungen eines alten Arztes u. a. m. in der Bibliothek eines jeden Arztes Platz finden. Die ungarische Akademie der Wissenschaft kam einer allgemeinen Ehrenpflicht nach, als sie den Herausgeber Györy bei seinem Liebeswerke unterstützte. Pfingsten 1906 wird in seiner Vaterstadt Budapest das Standbild von Philipp Ignaz Semmelweis enthüllt werden. Für uns bedarf es des äußeren Zeichens nicht mehr. S. hat sich selbst durch sein Wirken und sein Schicksal in unserem Herzen ein Denkmal gesetzt: »aere perennius«.

Kroemer (Gießen).

---

9) **Polano** (Würzburg). Über Prophylaxe der Streptokokkeninfektion bei Geburt und Operation durch aktive Immunisierung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 3.)

P. versucht auf einem bisher noch wenig beschrittenen Wege eine biologische Antisepsis anzubahnen. Während die bisher gebräuchlichen Antistreptokokkensera nur mit der sehr ungewissen passiven Unterstützung der Körperschutzkräfte nach stattgehabter Infektion rechnen, versucht P. durch Einverleibung des abgeschwächten Virus selbst eine aktive Immunisierung zu erzielen. Zur Injektion benutzte er abgetötete, frische menschenpathogene Bakteriengemische (Streptokokken), aus deren Leibern mit geringem Phenolzusatz eine Suspension hergestellt wurde. Diese Suspension wird mit steriler Kochsalzlösung in gewünschtem Maße bei jedem Falle verdünnt. Als Injektionsstelle wählte P. den Pectoralis an der oberen Grenze der Brustdrüse. Die Anwendung muß stets vor der Operation, d. h. vor der möglichen Infektion erfolgen, und zwar mindestens 24 Stunden vorher. P. welcher an Tierexperimenten, sowie an sich selbst die Ungefährlichkeit des Verfahrens erprobt hat, betont, daß die Zahl der von ihm be-

obachteten, praktisch ausgenutzten Fälle (60) noch zu klein sei, um bindende Schlüsse daraus zu ziehen. Er betrachtet seine Mitteilung nur als Bericht über das erste Versuchsstadium und hofft, daß auch andere Kliniken seine Versuche nachprüfen werden. Die vor der Geburt bzw. Operation mit Serum behandelten Frauen sind sämtlich frei von septischen Erkrankungen geblieben. **Kroemer** (Gießen).

---

10) **Leisewitz** (München). Einfluß der Erkrankungen des weiblichen Genitales auf die Blutbeschaffenheit.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 3.)

L. verlangt vor jeder Operation eines schweren Genitalleidens genaue Blutuntersuchung, Feststellung der Zahl der weißen und roten Blutkörperchen, sowie des Hämoglobingehaltes. Er konnte durch die Untersuchung von 150 Kranken vor sowie nach der Operation feststellen, daß weibliche Genitalleiden (insbesondere Myom und Karzinom, aber auch Ovarialkystome) einen entschieden ungünstigen Einfluß auf die Blutbeschaffenheit ausüben. Tiefes Sinken des Hämoglobingehaltes und hohe Leukocytenwerte deuten auf Kachexie, Anämie bzw. Bösartigkeit des Prozesses und sind unter Umständen Kontraindikation gegen sofortige Operation. Zum mindesten erleichtert die genaue Blutuntersuchung die Prognosenstellung vor der Operation. Die angeführten Zahlen sind wohl noch zu klein, um sie als beweisend ansehen zu können. **Kroemer** (Gießen).

---

11) **Hörmann** (München). Gibt es histologische Indizien für das Chorioepithelioma benignum.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 2.)

Die Lehre vom Chorioepitheliom (Fränkel-Marchand) hat immer steigendere Bedeutung gewonnen. L. Pick meint in bestimmten Ovarialteratomen bezw. -Karzinomen deutlich den Charakter des sicheren Chorioepithelioms zu erkennen. Die Befunde derartiger Geschwülste außerhalb des Genitalschlauches, unabhängig von Gravidität (auch bei Männern), sind im pathologisch-anatomischen Sinne ebenso wichtig, wie klinisch die Frage nach der Bösartigkeit. — Glaubt man doch ebensowohl, daß bei freiem Uterus Metastasen der Geschwulst ausheilen, als daß sie in anderen Fällen zum Ausgang rapid verheerender Neubildungen werden können. H. beweist in seiner vorzüglich illustrierten Arbeit, daß die Versuche von v. Velits, histologisch durch das Mikroskop die gutartige Form von der bösartigen abzugrenzen, mißlungen sind. Es gibt kein histologisches Trennungsmerkmal! Bestimmend für die operative Therapie können demnach nur die klinischen Erscheinungen sein. **Kroemer** (Gießen).

---

12) **Polano** (Würzburg). Das klinische Verhalten des Adenomyoma corporis uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 2.)

P. stellt bei Gelegenheit der Schilderung von zwei an der Hofmeier'schen Klinik beobachteten Fällen von Korpusadenomyom alle bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen dieser Geschwulstart (100 Fälle) referierend zusammen. Bekanntlich hatte W. A. Freud im Anschluß an die Monographie v. Recklinghausen's über die Bauart dieser Geschwülste einen bestimmten, allerdings weitbegrenzten Symptomenkomplex als differentialdiagnostisch für Adenomyom beweisend gegenüber einfachen Fibromyomen aufgestellt. P. bespricht kritisch Anamnese, Status, operative Therapie und anatomische Struktur der gesammelten Fälle und kommt zu dem Schluß, daß eine scharfe Umschreibung des klinischen Bildes dieser Geschwulstart meist unmöglich ist, da die von W. A. Freund zitierten Charakteristika bei typischen Adenomyom fehlen, bei einfachen Myomen dagegen ausgesprochen vorhanden sein könnnen.

Kroemer (Gießen).

---

13) **A. Sticker.** Infektiöse und krebsige Geschwülste an den äußeren Geschlechtsorganen des Hundes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXVIII. Hft. 4.)

Beim Hunde werden an den äußeren Geschlechtsteilen Geschwulstbildungen beobachtet, welche in der Literatur zum Teil als Infektionsgeschwülste, zum Teil als Krebsgeschwülste Beschreibung fanden. Bei den aus der Weltliteratur vom Verf. zusammengestellten einschlägigen Fällen geht mit Sicherheit hervor, daß bei fast sämtlichen Forschern eine gut übereinstimmende Geschwulstbildung vorgelegen hat. Die anatomischen und klinischen Beschreibungen sprechen dafür und noch mehr die fast in gleicher Weise beobachteten Übertragungen der Geschwülste. Zweifel erwecken nur die verschiedenartigen Diagnosen, insofern einige Autoren Karzinom, andere Rundzellensarkom, Granulom usw. annahmen. Diese Zweifel hat aber Verf. durch Vergleichung seiner eigenen Präparate mit den Originalpräparaten der verschiedensten Autoren wie Wehr, Geissler, Sanfelice, Murray usw. behoben. Danach handelt es sich bei diesen, wie bei S.'s eigenen Fällen, die von zahlreichen deutschen Pathologen einstimmig beurteilt wurden, um Rundzellensarkome.

Infektiöse Neubildungen an den Geschlechtsorganen bilden beim Hunde ein sehr gewöhnliches Vorkommnis. Sie entstehen nach länger dauernden Reizzuständen. Anfänglich entstehen kleine papillöse Erhebungen, die allmählich zu bedeutender Größe heranwachsen. Man hat sie enzündliche Papillome oder spitze Kondylome genannt. Ihre infektiös kontagiöse Eigenart ist bestimmt erwiesen. Mit der menschlichen Gonorrhöe haben sie nichts zu tun. Die Unterscheidung von den Rundzellensarkomen gelingt, wie das des näheren ausgeführt wird,

an der Hand des klinischen und histologischen Bildes. Die Art der Entstehung, die multiple oder solitäre Entwicklung, das Vorausgehen oder Fehlen einleitender Entzündungsprozesse sind wesentliche Unterscheidungsmerkmale. Außerdem unterscheiden sich die Sarkomzellen histologisch leicht von den gewöhnlichen bei chronischen Entzündungen und entzündlichen Geschwülsten auftretenden zelligen Elementen. Verwechslungen können nur mit hyperplastischen Lymphomen und dem Lymphoma malignum zustande kommen. Experimentell besteht weiterhin eine Differenz, insofern die infektiösen Geschwulstbildungen des Geschlechtsapparates durch Einimpfung eines körperzellenfreien Kontagiums hervorgerufen werden können, während das Rundzellensarkom nur durch Überpflanzung unversehrter Zellen von einem Hund auf den anderen übertragen werden kann. Ferner hat S. zum erstenmal durch Experimente nachgewiesen, daß ein Krebs spontan auszuheilen kann, und daß ein spontan geheiltes Tier gegen weitere Übertragungen unempfänglich ist, daß es also mit anderen Worten auch bei der Krebskrankheit eine aktive Immunität gibt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

14) **L. Pincus** (Danzig). Atmokausis und Zestokausis. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. II. verbesserte Auflage. Mit 33 Textfiguren und 5 Tafeln.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1906.

Der bekannte Verf., dessen Buch Atmokausis und Zestokausis den Lesern dieses Zentralblattes von seiner Besprechung im Jahre 1903 noch in Erinnerung sein wird, hat in der kurzen Zeit schon die Freude, die II. verbesserte Auflage herausgeben zu können. Er selbst konstatiert im Vorwort mit Genugtuung, daß die von ihm so oft und eindrücklich verfochtene Behandlungsweise mit hochgespanntem Wasserdampf nunmehr auch als Methode in den Neuauflagen gynäkologischer Lehrbücher ein Plätzchen gefunden hat. Wenn man eine Tatsache von vornherein zugunsten der II. Auflage anführen darf, so ist es die wesentlich knappere Form, in welcher das Ganze gehalten ist. Das Buch ist erfreulicherweise nicht umfangreicher geworden. Die Streichung von ganzen Abschnitten, wie die über Endometritis gonorrhoica und die Sepsis puerperalis, wird den Überblick erleichtern und auch dem Gegner des Verfahrens schnelle Orientierung ermöglichen. Ein großer Vorzug der umfangreichen Monographie ist die objektive Angabe aller über das Verfahren bekannten Tatsachen und Daten, so daß der Leser sich selbst sein eigenes Urteil bilden kann. Insbesondere sei nochmals auf den anatomischen Teil der Arbeit hingewiesen. An der Hand guter Abbildungen erläutert P. die Art der Dampfwirkung.

Die instrumentelle Technik ist im wesentlichen die gleiche geblieben. Die Apparate sind ja zurzeit so vervollkommnet, daß ein

Verbrühen mit heißem Wasser oder Wasserdampf an nicht gewünschter Stelle oder ein Platzen des Leitungsschlauches so gut wie unmöglich geworden ist. Ref. erinnert sich nicht, auch bei ungeschickter Bedienung des Apparates Störungen erlebt zu haben. P. selbst warnt vor Anwendung alter Apparate ohne Doppelhahn und ohne Cervixschutz. Vor Anwendung der Atmokausis muß die Bösartigkeit der Blutungsursache ausgeschlossen sein, ebenso jede entzündliche Komplikation von seiten der Adnexe!

Insbesondere ist Gonorrhöe eine ernste Kontraindikation! Der Dampf darf neben dem Atmokauterrohr nicht nach außen gestoßen werden, d. h. es muß eben die Cervixhöhle durch die Celluvertschutzhülle wohl abgeschlossen gegen das zu brühende Korpus sein! Letzteres selbst soll bluttrocken (Adrenalin!) gemacht werden, ehe der Atmokauter eingeführt wird.

Tastung und Abrasio sollen dem Verfahren vorhergehen! Wiederholte leichte Atmokausis ist einer einmaligen, zu intensiven Dampfeinwirkung vorzuziehen!

Narkose ist nicht notwendig, ja nicht einmal erwünscht, da der Schmerz während des Vorganges ein wichtiger Indikator ist, die Sitzung nicht zu verlängern. Diese wenigen Daten mögen zeigen, wie gut P. sein Verfahren ausgebaut und die Indikationen verfeinert hat.

Er empfiehlt die Methode bei präklimakterischen Blutungen, bei Hämophilie, bei den mit Blutungen komplizierten Formen der Endometritis, bei Subinvolutio uteri usw., endlich auch bei Myom in bestimmten Grenzen. Ref. erkennt vor allen Dingen als großen Vorzug des P.'schen Standpunktes an, daß er das Verfahren nicht allein, sondern nur in Verbindung mit und in Ergänzung der übrigen therapeutischen Maßnahmen angewendet wissen will. Insbesondere ist sein Streben, die vaginale Totalexstirpation wegen klimakterischer Blutungen (ohne bösartige Ursache!) auszuschalten, als ein Beweis der stets von ihm vertretenen konservativen Heilmethode hoch anzuerkennen. Genaueres muß in der Monographie selbst nachgelesen werden. P. wird auch jetzt noch manchen Gegner finden. Die Zukunft muß lehren, ob seine Hoffnungen berechtigt sind. **Kroemer** (Gießen).

---

15) **L. Pincus** (Danzig). Zur konservativen Behandlung der Myome des Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 3.)

P. lenkt durch diesen Aufsatz die Aufmerksamkeit der Fachgenossen wieder auf die von ihm verfochtene Atmokausis, die bei der konservativen Behandlung der Uterusmyome sehr zu empfehlen sei. Er erläutert ausführlich die instrumentelle Technik des Verfahrens beim Uterusmyom, die Indikation und die zu erwartenden Erfolge. In allen Fällen, in welchen die Operation abgelehnt wird, oder in welchen Kontraindikationen gegen eine Operation vorliegen, soll die Atmokausis Anwendung verdienen. Ref. möchte nicht verfehlen dar-

auf hinzuweisen, daß P. wohl sehr viel Widerspruch von seiten der Fachgenossen erfahren wird.

Kroemer (Gießen).

16) **Graefe** (Halle a. S.). Zur Ovariotomie in der Schwangerschaft.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 3.)

G. berichtet über 4 glücklich verlaufene Ovariotomien, welche er bei Schwangeren ausgeführt hat. Die von Heil in letzter Zeit zusammengestellte Sammelstatistik wird um 16 neue Fälle aus der Literatur bereichert (G.'s 4 Fälle eingerechnet). In allen seit 1892 publizierten Fällen betrug die Mortalität nur 0,47 %. Die Operation führte in 16 % zur Unterbrechung der Schwangerschaft. In 23 Fällen wurden vor Ablauf des 4. Schwangerschaftsmonates beide Eierstöcke entfernt, und nur 4 von den Frauen abortierten.

G. tritt entschieden dafür ein, jede Ovarialgeschwulst, sobald sie diagnostiziert ist, selbst in der Schwangerschaft sofort zu entfernen. Der einzuschlagende Weg wird individuell nach Lage der Dinge wechseln, im wesentlichen aber doch der abdominale sein — eine Indikationsstellung, welcher wohl die meisten Frauenärzte zustimmen werden.

Kroemer (Gießen).

17) **T. Gümbel.** Beitrag zur Histologie des Callus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 470.)

Verf. beschränkt sich in seiner Arbeit auf die Erörterung der Metaplasie im Callus. Die Schlußfolgerungen, die er aus seinen umfangreichen Untersuchungen zieht, sind folgende: Die Metaplasie hat bei der pathologischen Knochenbildung einen hervorragenden Anteil; bei der Ossifikation des Callus bildet sich die junge Knochensubstanz zum großen Teil auf dem Wege der Metaplasie, und zwar ist die Ausdehnung der Metaplasie direkt abhängig von der Gefäßversorgung. Besteht bei ungenügender Vaskularisation das Bestreben zur Ossifikation, so tritt metaplastische Knochenbildung sowohl im periostalen als auch im Markcallus auf, mit dem Unterschied, daß im periostalen Callus nur hyaliner Knorpel, im Markcallus neben letzterem dagegen auch fibröses Mark ossifiziert. Mit der Bildung von Gefäßen hört die Metaplasie auf; statt ihrer erfolgt die fernere Knochenbildung nach enchondralem Typus. Die Nervendurchschneidung hat auf die Transformation des periostalen Callus keinen Einfluß; die Bildung von Fasermark im Markcallus scheint indes durch sie begünstigt zu werden.

Doering (Göttingen).

18) **Gutierrez.** Tratamiento de las osteomielitis cronicas prolongadas.

Buenos-Aires 1904.

In der kleinen durch eine Reihe vorzüglicher Abbildungen illustrierten Broschüre wird Ätiologie und Therapie der chronischen Osteomyelitis ausführlich besprochen, ohne daß indessen besonderes

Neues berichtet wird. G. empfiehlt dringend die Ausräumung der Markhöhle in der ganzen Länge des erkrankten Knochens und warnt nur davor, bei der Tibia zu weit nach unten zu gehen, weil die dann leicht bloßgelegte Sehne des Tibialis anticus häufig nekrotisch wird. Den Defekt deckt der Verf. mit Knochenmuskellappen; er macht darauf aufmerksam, daß er seiner Zeit unabhängig von anderen Autoren diese Methode inauguriert habe. Die Methode von Mosetig-Moorhof, die Knochenhöhle sekundär zu plombieren, hält G. für unsicher. **Stein** (Wiesbaden).

---

19) **R. Krueger.** Die Phokomelie und ihre Übergänge. Eine Zusammenstellung sämtlicher bisher veröffentlichten Fälle und Beschreibung einiger neuer Fälle. 111 Seiten, 62 Abbildungen.

Berlin, **August Hirschwald,** 1906.

Die Arbeit umfaßt die Gesamtliteratur der Phokomelie vom Jahre 1497 bis zum Jahre 1905. Das Material ist in überaus fleißiger Weise zusammengestellt, aber auch in historischer Hinsicht wissenschaftlich bearbeitet. Neben dem Originaltext sind auch die Originalzeichnungen, soweit sie vorzufinden waren, reproduziert. In anderen Fällen wurden Zeichnungen nach der Natur oder Röntgenbilder angefertigt. Aus dem Berliner pathologischen Institut stammen 10 Fälle, die zum Teil schon von Romberg, Virchow und Wallenstein beschrieben sind, aus der v. Bergmann'schen Klinik 1 Fall.

Über die Ursachen der Phokomelie spricht sich Verf. folgendermaßen aus:

1) In den Fällen, in welchen nur die Hand oder außer derselben nur noch geringe Zwischenglieder vorhanden sind, ist wohl lediglich auf Raumbeschränkung und Druckhindernisse, sei es Hydramnios, Enge der Kopf- und Schwanzkappe, abnormer Inhalt der Uterushöhle usw. zu schließen.

2) In den Fällen, in welchen gar keine Spur der Extremität zu sehen oder Strahldefekt vorhanden ist, dürfte ein Mangel in der Keimanlage vorliegen.

3) In den Fällen, in welchen ein Teil des Armes, sei es nur ein Teil des Oberarmes, oder der Oberarm und ein Teil des Unterarmes ausgebildet sind, oftmals in charakteristischen Stümpfen endigend, liegt wohl eine Abscheuerung durch amniotische Fäden zugrunde.

J. Riedinger (Würzburg).

---

20) **E. Reichard.** Die operative Behandlung jugendlicher Krüppel.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. berichtete über seine Tätigkeit an den Krüppelanstalten zu Cracau bei Magdeburg gelegentlich eines Kongresses der Vertreter der bestehenden Krüppelheime Deutschlands. Die Mehrzahl der Pfleg-

linge sind mit Lähmungen behaftet. Unter letzteren nimmt den größten Prozentsatz die spinale Kinderlähmung ein, die ja heutzutage ein geeignetes Feld operativer Tätigkeit darstellt. Als zweite große Gruppe der Lähmungskrankheiten, die den Krüppelanstalten viel Material liefert, folgt die zerebrale Kinderlähmung, die meist spastische Hemiplegie des Kindesalters. Bei nicht dementen Kindern steht hier nach den Erfahrungen des Verf.s die Sehnentransplantation in erster Linie. Die dritte Gruppe bilden Fälle Little'scher Krankheit. Auch hier sind zuweilen noch schöne Resultate zu erzielen. Schließlich kommen Lähmungen in Betracht, die verschiedene andere Ursachen aufzuweisen haben (Spondylitis, Spina bifida).

Nächst den Gelähmten bilden die Kinder mit chronischen tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen eine große Gruppe der Pflegebefohlenen. Auch die Zahl der mit angeborenen Mißbildungen Behafteten (Torticollis, Klumpfuß, Defekte usw.) ist nicht gering, ebenso die rachitischer Kinder usw.

Nach Ansicht des Verf.s sind zwei Bedingungen zu erfüllen, wenn eine Krüppelanstalt mit Erfolg wirken soll: Erstens muß sie über den ganzen Apparat eines chirurgischen Krankenhauses verfügen, und zweitens muß bei der Aufnahme von Kindern, bei denen ein operatives Heilverfahren durchgeführt werden soll, Gewähr für genügend lange Unterbringung in der Anstalt geleistet werden. Von diesem Gesichtspunkt aus hatte Verf. schon früher auf einer Konferenz für Krüppelpflege die beifällig aufgenommene Anregung gegeben, es solle eine Art Sonderung der Tätigkeit in den bestehenden Krüppelanstalten in dem Sinne angebahnt werden, daß die kleineren Anstalten ohne Krankenhausbetrieb als »Krüppelheime« sich mehr der Pflege, Erziehung und Ausbildung körperlich nicht besserungsfähiger, die größeren Anstalten dagegen als »Krüppelheilanstalten« sich mehr der Durchführung von Heilverfahren körperlich besserungsfähiger Krüppelkinder widmen sollten; in den einzelnen Fällen solle dann ein Austausch oder eine zeitweilige Überlassung heilbarer Pfleglinge in die größere Anstalt stattfinden.

Die operative Tätigkeit erstreckte sich auf die verschiedensten Operationsmethoden. Die Zahl der Sehnenverpflanzungen beträgt 94, deren Indikationen und Erfolge in sehr sachlicher Weise geschildert werden. 37 Verpflanzungen wurden allein bei Kindern mit zerebraler Lähmung vorgenommen. Unter den 24 Operationen an den oberen Extremitäten sind besonders 4 hervorzuheben, wo es Verf. gelang, den sehr störenden Pronationsspasmus des Vorderarmes durch Umwandlung der Wirkung des Pronator teres in eine supinierende zu beseitigen, und zwar nach der Methode von Tubby (Durchführung der vom Radius abgetrennten Sehne durch das Ligamentum interosseum und Wiederannähung in etwa derselben Höhe nach Herumleitung um diesen Knochen). Dieses Verfahren hat sich vortrefflich bewährt. Bei der Poliomyelitis hat Verf. anfangs, wie auch andere Operateure, die Fähigkeit gelähmter Muskeln zur Erlangung der Funktion der über-

pflanzten manchmal etwas zu hoch eingeschätzt. Man wird hier die Grenzen für die Verpflanzung nicht zu weit ziehen dürfen. Im allgemeinen konnte Verf. mit seinen Resultaten sehr zufrieden sein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **A. Jaks** (Frankfurt a. M.). Über die Statik und Mechanik des weiblichen Beckens.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 2.)

J., welcher wegen seines Gebärmantels bekanntlich manche z. T. ungerechte Kritik erfahren mußte, bringt in dieser Arbeit, die Ref. mit vielem Genuß las, den Beweis für sein wissenschaftliches, ernstes Streben. Die Abschnitte über das Ileosacralgelenk, über die Belastung des Beckens und Verteilung der Rumpflast sind durch einfache, sehr klare Skizzen erläutert und nicht nur für den Geburtshelfer, sondern für jeden Chirurgen und Arzt wichtig und lesenswert. Ref. hofft, daß die Arbeit der anregende Ausgangspunkt neuer Untersuchungen sein werde. Beckenstatik und Ileosacralgelenk insbesondere sind zurzeit wohl etwas Stiefkinder des anatomischen Interesses.

Kroemer (Gießen).

---

22) **J. L. Beyer.** Ein Beitrag zur Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung im späteren Alter.

(Neue Therapie 1906. Nr. 2.)

Verf. empfiehlt einen Becken-Hüftgürtel. Eine obere Spange sitzt in bekannter Weise auf dem Becken auf und wird nach unten durch einen Schenkelriemen festgehalten, eine untere liegt halbkreisförmig dem Trochanter major von oben her auf und steht in Verbindung mit der oberen Spange. Der Gürtel ermöglicht nach Angabe des Verf. nicht nur, einen bestehenden Zustand festzuhalten, sondern auch zu verbessern. Nach 3—4 Jahren war in der Regel das Resultat so weit gesichert, daß der Apparat abgelegt werden konnte.

Verf. empfiehlt ferner eine heilgymnastische Behandlung, um eine Lockerung der um das Hüftgelenk gelegenen Teile zu unterstützen und dadurch das Nachvorntreten des Oberschenkelkopfes zu begünstigen. Der Heilplan enthält 48 näher bezeichnete Freiübungen in 7 Gruppen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

23) **Ménard.** Examen du raccourcissement dans la coxalgie.

(Médicin practicien 1905. Nr. 3.)

Die klassische Methode, die Beinlänge durch Messung des Abstandes von Spina iliaca anterior superior bis zur Spitze des äußeren oder inneren Knöchels zu bestimmen, ist fehlerhaft, da sie die event. Adduktion und Flexion nicht berücksichtigt. Auch ist sie oft nicht anwendbar. Von praktischem Wert ist es vielmehr, den Abstand des verkürzten Fußes, resp. des inneren Knöchels vom Boden festzustellen, da hiervon der Grad des Hinkens abhängig ist.

Die Verkürzung eines Beines bei Hüftgelenksentzündung ist auf drei verschiedene Ursachen zurückzuführen:

1) auf die fehlerhafte Stellung des Beines (Adduktion mit Flexion). Verf. mißt die Adduktion, indem er vom vorderen Darmbeinstachel der gesunden Seite eine Senkrechte auf die Körperachse fällt bis zur kranken Seite. Der Darmbeinstachel auf der Seite des adduzierten Beines steht höher, und ist sein senkrechter Abstand von der eben gezogenen Linie einfach zu messen;

2) auf den Hochstand des Trochanters, welcher einerseits durch eine Verrenkung bedingt sein kann, andererseits durch die sog. »Pseudarthrose intracotylienne«, ausgezeichnet durch Hochstand und größere Tiefe der Pfanne mit gleichzeitiger Verbiegung des Schenkelhalses;

3) auf eine Störung des Längenwachstums des Femur und der Tibia, ein bisher wenig gewürdigtes Moment.

Addiert man die hierbei gefundenen Unterschiede, erhält man ein Maß, das dem Höhenunterschied beider innerer Malleolen entspricht. Es genügt also die Bestimmung der letzteren, um ein exaktes Maß der Verkürzung des Beines zu bekommen.

Gaugele (Zwickau).

---

24) **A. Silberstein.** Hüftgelenkserkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett.

(Zeitschrift für orthpädische Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Paci hat im Jahre 1891 den Versuch gemacht, die sogenannte puerperale Koxitis als eine selbständige, wohlcharakterisierte Erkrankung darzustellen. Verf. weist aber an einigen Fällen aus der Hoffa-schen Klinik nach, daß es eine derartige selbständige Form der Koxitis nicht gibt. Der Ätiologie nach waren die Fälle anzusprechen 1) als Polyarthritis rheumatica, 2) als tuberkulöse, 3) als metastatisch-pyämische Hüftgelenksentzündung. In den Fällen Paci's scheint es sich zum Teil um gonorrhoische Gelenkentzündungen gehandelt zu haben. Die Therapie kann demnach nicht in allen Fällen die gleiche sein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

25) **H. Duclaux.** L'ostéomyélite de la hanche: formes cliniques.

Thèse de Paris, 1905.

Die Krankheit kommt namentlich im Kindesalter vor, und zwar hauptsächlich während der zwei ersten Lebensjahre und vom 8. bis zum 12. Jahre. In manchen Fällen ist nur das Darmbein, in anderen nur der Schenkelknochen befallen, doch sind namentlich die Komplikationen von Wichtigkeit, wie eitrige Gelenkerkrankung, Ablösung der Epiphyse, Hüftverrenkungen u. a. Im weiteren Verlaufe kann es zu Ankylosierungen, Pseudarthrosen, Coxa vara, übermäßiger Verlängerung oder öfters Zurückbleiben im Wachstum der befallenen Extremität kommen. Die Osteomyelitis des Säuglingsalters tritt als schwere Erkrankung auf, verläuft rasch, doch bleiben nur geringe

Verunstaltungen zurück, wenn sie in Heilung übergeht. Später ist der Verlauf kein so stürmischer, doch kommt es zu langwierigen Gelenkseiterungen, und es bleiben bedeutende Difformitäten zurück. Im allgemeinen ist der Verlauf ein wechselnder, je nach der die Krankheit verursachenden Mikrobenart: die auf Streptokokkeninfektion beruhende Osteomyelitis ist viel schwerer, als die durch Staphylokokken oder Pneumokokken hervorgerufene.

Therapeutisch wird eine möglichst frühzeitige Eröffnung des Abszesses auf der Höhe der Schwellung, Eröffnung der Kapsel und, für die meisten Fälle, Resektion des Oberschenkelkopfes empfohlen. Bei den chronischen, mit Fistelbildung einhergehenden Formen ist mitunter die Exartikulation der Hüfte notwendig, um den Prozeß der Heilung zuführen zu können. **E. Toff** (Braila).

26) Voltz. Über die Beziehungen der Arteriosklerose der unteren Extremitäten zur traumatischen Arthritis des Fußgelenkes nebst einem Fall von lokaler traumatischer Arteriosklerose.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beleuchtet in dieser Arbeit an der Hand mehrerer Krankengeschichten ein Krankheitsbild, das in der Unfallchirurgie bereits eine beträchtliche Rolle spielt und noch eine größere in Zukunft spielen wird. Es sind das die Beziehungen der Arteriosklerose der unteren Extremität zur traumatischen Arthritis. Als Hauptsymptom ist in erster Linie subjektive Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen im Fußgelenk und bei Druck auf die das Gelenk zusammensetzenden Elemente, den Knorpel, die Kapsel und die Synovialis, zu nennen. Sodann fällt als weiteres Symptom eine mehr oder weniger hochgradige Versteifung der einzelnen Gelenke auf, ohne daß es jedoch später zu einer knöchernen Ankylose kommt. Aktiv und passiv ist die Beweglichkeit herabgesetzt. Bei genauer Inspektion erscheinen die das Gelenk umgebenden Weichteile, Kapsel, Bänder und äußere Haut atrophisch. Krepitieren kann niemals wahrgenommen werden. Bei Druck auf die Gegend der Insertion der Achillessehne wird konstant ein lebhaftes Schmerzgefühl geäußert, das sich auch in vielen Fällen weiter oben, ja im ganzen Verlaufe der Sehne nachweisen läßt.

Pathologisch-anatomisch liegt diesem Symptomenkomplexe eine klinisch und durch das Röntgenbild nachweisbare Arteriosklerose der Tibialis resp. Pediea zugrunde, die in Verbindung mit Gelenkverletzungen besonders im Fußgelenke die Unfallsfolgen zu schweren, meistens unverbesserlichen gestalten kann. Infolge Ernährungsstörungen, die durch die Gefäßverengerung bedingt sind, finden Schrumpfungsprozesse statt, die Kapsel und Bänder derart verkürzen, daß die Verminderung der Beweglichkeit in erster Linie hierauf beruht. Während demnach die Vorgänge bei Arthritis deformans gekennzeichnet sind durch hyperplastische Wucherungen der be-

teiligten Knochen, fehlen diese nicht nur bei unserem Leiden, sondern man findet neben der knöchernen Umwandlung allenthalben fast nur regressive, atrophische Vorgänge und Osteoporose, sowohl in den Markräumen als auch in der Rindenschicht.

Die landläufige Bezeichnung Arthritis im Anschluß an Verletzungen würde in diesen Fällen wohl besser ersetzt durch die Bezeichnung Osteo-Arthromalakie, da ja niemals entzündliche Erscheinungen vorhanden, Schmerzen und event. Ödeme als anämische aufzufassen sind.

Auch auf die Festsetzung der Höhe der Erwerbsunfähigkeit muß der Arteriosklerose an den unteren Extremitäten ein maßgebender Einfluß eingeräumt werden. **Hartmann** (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

27) Sammelbericht über Röntgenbehandlung von chirurgischen und Hautkrankheiten von März 1905—1906. (S. Bericht in Nr. 11 und 15 ds. Zentralblattes 1905.)

Die technischen Mittel zur Stromerzeugung und Erzeugung der Strahlen selbst sind, geringe Abweichungen ausgenommen, im Grunde nicht geändert. Die Meßinstrumente zur Dosierung der Strahlenmenge sind um ein Chromoradiometer von Sabourand und Noiré bereichert. Es besteht aus Leuchtschirmstückchen, deren Bariumplatincyanür je nach der Höhe der absorbierten Strahlenmenge die Farbe ändert. Das Milliampèremeter im sekundären Stromkreise wird in Amerika und Frankreich vielfach als Meßinstrument verwandt; bei uns ist es anscheinend noch wenig verbreitet, seine Zuverlässigkeit wird auch angezweifelt. Selbst gegen das Holzknecht'sche Meßinstrument sind Einwendungen erhoben worden; sein hoher Preis ist der Einführung hinderlich. Ein neues Quantimeter, beruhend auf Veränderung von photographischem Papier, hat Kienböck ganz kürzlich angegeben (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX Hft. 4). Das Verfahren von Köhler, mittels der erzeugten Wärme (Thermometer der Röhrenwand) die Strahlenmenge zu messen, ist nur jedesmal für bestimmten Apparat, bestimmte Röhre usw. anwendbar. — Die Röhrenfrage kann wohl als gelöst betrachtet werden, denn allgemein ist der Grundsatz durchgeführt: bei oberflächlichen Affektionen weiche, bei tiefliegenden mittelharte bis harte Röhren, letztere namentlich auch bei der Leukämiebehandlung. — Die Verabreichung der wirksamen Strahlendosis wird noch nicht überall in gleicher Weise bewirkt. Die Wiener Radiologen geben sie häufig in einer Sitzung unter Erzielung voller Reaktion, andere bevorzugen die Dosis refracta. Freund-Wien teilt einen Fall von inoperablem Brustkrebs mit, welcher bei Verabreichung geringer Dosen Neigung zu schnellerem Wachstum zeigte, um bei starker Bestrahlung sofort zurückzugehen. — Die Schutzvorrichtungen sind durch eine Anzahl von Kastenblenden, Trommelblenden u. dgl. bereichert worden, die den Grundsatz, die Röhre ringsum mit strahlenundurchlässigen Mitteln zu umgeben, weiter durchführen. Auch Röhrenumhüllungen verschiedenster Art mit Öffnung für den Strahlendurchlaß, Röhren aus Bleiglas mit entsprechend großer Stelle aus durchlässigem Glas gegenüber der Antikathode sind verwandt worden. Ansätze verschiedener Form und Durchmesser dienen zur weiteren Abblendung. Sie können auch in Körper- bzw. Wundhöhlen eingeführt werden. Zu letzterem Zwecke sind in Frankreich und Amerika auch sogenannte »einpolige« Röhren in Verwendung, die in Deutschland aber anscheinend keine Anhänger haben. — Die theoretisch-experimentellen Forschungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den

Körper sind eifrig weiter betrieben; im Vordergrunde stand die Erforschung der Blut- und Lymphorganveränderungen, die zu bedeutsamen Ergebnissen führte. Die Schwarz'sche Entdeckung, daß das Lecithin beim Zustandekommen der Wirkung eine wichtige, wenn nicht die Hauptrolle spielt, ist durch alle Forschungen bestätigt. Die Lymphorgane werden erheblich beeinflußt, eher als alle anderen (Helber und Linser). Man kann durch längere Bestrahlung sämtliche Leukocyten zeitweise aus dem strömenden Blute entfernen! Andere Strahlenarten sind ebenfalls auf ihre Wirkung geprüft worden und ebenso das durch Bestrahlung oder chemische Einwirkungen veränderte Lecithin und ähnliche Körper. Die letzteren Untersuchungen lieferten das bedeutsame Ergebnis, daß das veränderte (»aktivierte«) Lecithin genau gleiche örtliche Wirkungen hervorrief wie die Bestrahlung selbst. Stoffwechselversuche sind hauptsächlich an Leukämikern vorgenommen mit dem Hauptergebnis, daß während des Leukocytenzerfalles die Harnsäure- und Phosphatausscheidung erhöht war[1]. — Schwere Schädigungen der Haut durch therapeutische Bestrahlungen sind nicht berichtet. Albers-Schönberg gibt in der Neuauflage seines Lehrbuches eine längere vortreffliche Darstellung dieser Schädigungen und ihrer bewährten Behandlung. Als eine an Wichtigkeit gewinnende Läsion des Körpers durch Röntgenstrahlen hat sich die Atrophie der Keimdrüsen, der Hoden wie der Ovarien, herausgestellt. Foveau de Courmelles beobachtete Verschwinden der Menses bei Frauen, welche er wegen Uterusmyoma bestrahlt hatte, und schließt aus diesem Verschwinden auf Schwund der Eierstöcke. Bei Röhrenarbeitern wurde Azoospermie beobachtet (Brown und Osgood, Amer. journ. of surgery 1905 April). Laporsky sah nach kurzer therapeutischer Bestrahlung Nekrospermie bei normaler Zahl der Spermatozoen. Von letzterem Kranken wurden nach längerer Zeit wieder lebende Samenfäden entleert. Buschke prüfte die Wirkung auf Kaninchenhoden, Halberstädter die auf Kanincheneierstöcke. Letzterer fand sehr schnellen Schwund; ehe die Haut beeinflußt war, waren schon schwere Veränderungen an den Eierstöcken vorhanden. Sie reagierten stärker als die Hoden.

Über folgende Erkrankungen ist berichtet:

1) Leukämie, Pseudoleukämie, Syphilis.
2) Bösartige Geschwülste: Cancroide, Karzinome, Sarkome.
3) Hautkrankheiten aller Art.
4) Gelenkerkrankungen, Gicht, Tuberkulose, Rheumatismus und deren Folgen.
5) Gutartige Geschwülste: Myome, tuberkulöse Lymphome.
6) Struma, Basedow'sche Krankheit.
7) Prostatahypertrophie.

Die Leukämie, im Jahre 1904—05 nur ganz vereinzelt mit Röntgenstrahlen behandelt, nimmt im vergangenen Jahre das Hauptinteresse aller Röntgenotherapeuten in Anspruch. Eine Unsumme von Fleiß und rein mechanischer Arbeit ist auf die vielfach täglich angestellten Blutuntersuchungen verwandt worden. Die verschiedenartigsten Ergebnisse sind erzielt. Manche Formen reagierten schnell und gut auf die Bestrahlung, andere blieben gänzlich unbeeinflußt. Letztere bildeten aber die Ausnahme. Das Allgemeinbefinden wurde bei den meisten Behandelten gebessert, vielfach auch der Blutbefund. Krause sagt in einer zusammenfassenden Arbeit (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VIII Hft. 5): »Die Röntgenstrahlen wirken auf die Zusammensetzung des Blutes, auf Milz- und Lymphdrüsentumoren, auf Körpergewicht und Stoffwechsel Leukämiekranker intensiv im Sinn eines Heilungsvorganges«; damit ist das Ergebnis sehr gut zusammengefaßt. Die »Heilung« oder Besserung hat aber in keinem einzigen Falle längeren Bestand gehabt. Nach Ansicht von Cramer (Fortschritte Bd. IX Hft. 2) ist vorläufig von Heilung keine Rede, durch rechtzeitige Nachbehandlung und Beginn der Behandlung in frühem Stadium kann aber voraussichtlich das Leben auf Jahre hinaus verlängert werden. Immerhin ein freudig zu begrüßendes Ergebnis bei einer Krankheit, der man bisher therapeutisch fast völlig machtlos gegenüber-

[1] v. Quadrone, His, Mosse, Aubertin, Beaujard.



stand! (Die Leukämie mußte, obwohl eigentlich eine »innere« Erkrankung, doch etwas ausführlicher behandelt werden, einmal, weil sie im Vordergrunde des Interesses steht, dann aber auch, weil sie wohl manchmal dem Chirurgen zuerst in die Hände kommt wegen der Milzschwellung. Ref.) Tertiäre Syphilis wurde von Cowen angeblich mit Erfolg im »Röntgenlichtbad« behandelt.

Über die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste ist im ganzen nicht viel Neues mitzuteilen. Die Skepsis, was Dauerheilung anbelangt, ist bei vielen eher noch größer geworden als im Vorjahre. Daß Hautkrebs der günstigste für die Behandlung ist, wird von neuem von allen Berichtenden hervorgehoben. Aber selbst bei diesem sind viele Rückfälle beobachtet, so daß Löser (Fortschritte Bd. IX Hft. 2) äußert: »Die Resultate sind nicht ermutigend«; ebenso sagt Bramann, daß sehr zahlreiche Rückfälle zu verzeichnen waren. Lassar dagegen berichtete auf dem Röntgenkongreß über im ganzen 700 behandelte Fälle, von denen eine Anzahl schon mehrere Jahre rückfallsfrei ist. Levy-Dorn berichtet über einen auf lupöser Grundlage gewachsenen Hautkrebs bei schwerem Diabeteskranken, der mit bestem Erfolge bestrahlt wurde. Schiff-Wien ist sogar so enthusiastisch, die Strahlenbehandlung der Operation für mindestens gleich zu erklären. Im ganzen sprechen sich die meisten vorsichtig aus unter Hinweis auf die Kürze der Zeit, die endgültiges Urteil noch nicht erlaubt.

Brustkrebse sind wieder zahlreich behandelt, stets, wie im Vorjahre, nur inoperable verlorene Fälle, und auch diesmal wieder sind zahlreiche Erfolge zu verzeichnen, indem die Jauchung und die Schmerzen schwanden und Überhäutung eintrat, so daß viele Kranke noch längere Zeit beschwerdefrei lebten. Allgemein wird berichtet, daß die krebsigen Drüsen unbeeinflußt blieben. Köhler und Herxheimer (Fortschritte Bd. VIII Hft. 5) teilen einen Fall derart mit, bei dem auch innere Metastasen vorlagen, die vor Beginn der Behandlung durch Röntgenogramm nachgewiesen waren. Der Fall ist pathologisch-anatomisch genau untersucht. Mehr wie 3 mm Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen konnten sie nicht feststellen. Bélére berichtete in der Société de chirurgie über 45 behandelte Fälle, die nach Operation rezidiviert waren. Er erzielte bei allen lokale Besserung. »Bei inoperablen Brustkrebsen gibt es keine Kontraindikation der Röntgenbehandlung.« Foveau de Courmelles benutzte die Wirkung der Strahlen auf die Eierstöcke als Hilfsmittel zur Behandlung der Brustkrebse, ausgehend von der alten Beobachtung, daß jene langsamer wachsen nach Entfernung der Eierstöcke. Er bestrahlte den Unterleib, um Schwund der Ovarien zu erzielen und gleichzeitig die Krebspartien; er will schnelleres Schwinden der letzteren beobachtet haben. Vielfach wird der Unterschied zwischen ulzerierten und nicht ulzerierten Formen hervorgehoben. Bei ersteren sind die Erfolge besser (Tuffier, Haret). Einspritzungen von Chinin, Aesculin u. a. fluoreszierenden Stoffen sind auch in diesem Jahre wieder als Unterstützungsmittel von manchen Röntgentherapeuten, angeblich mit Erfolg, verwandt worden.

Über Behandlung innerer Krebse liegen nur spärliche Nachrichten vor. Imbert will Magen-, Prostata- und Uteruskarzinome mit Erfolg behandelt haben. Pousey erwähnt einen Fall von Uteruskrebs, bei welchem die Besserung schon seit 1 Jahre anhält, Haret erzielte schnellen Nachlaß der Schmerzen und Aufhören der Jauchung. Die Bestrahlung wurde sowohl durch die Bauchhaut, wie durch Spekula vorgenommen. Wendel hat mit Erfolg einen Speiseröhrenkrebs bestrahlt, benutzte dabei das Ösophagoskop. Die Verhandlungen des Röntgenkongresses, auf welche hier hingewiesen sei, enthalten wertvolles Material. Die große Vorsicht, mit welcher sich die meisten Autoren über die Dauererfolge aussprechen, ist nach allen Mitteilungen nur zu berechtigt!

Über Sarkome sind einige interessante und wichtige Mitteilungen gemacht. Die Art der Neubildung wurde fast immer mikroskopisch festgestellt. Die Wirkung der Strahlen auf Rundzellensarkom scheint stärker zu sein als auf die anderen Arten, was ja nach der Allgemeinwirkung der Strahlen auf die Gewebe vorauszusetzen ist. Von amerikanischen Ärzten werden Fälle mitgeteilt, die bis zu 3 Jahre schon geheilt geblieben sind; ihrer Beobachtung nach schwindet das Geschwulst-

gewebe rasch. Sjögren teilt eingehende Krankengeschichten mit, zwei Spindel- ein Rundzellensarkom; alle wurden gut beeinflußt, besonders ein völlig inoperables Rundzellensarkom der Achselhöhle, welches ein Rezidiv nach mehreren Operationen darstellte. Krogius äußert sich im Anschluß an diese Fälle: »Ich glaube, daß es unter den malignen Tumoren einige gibt, auf welche die Röntgenstrahlen eine eklatant zerstörende Wirkung ausüben; daß wir vielleicht durch Übung dahin kommen werden, die günstigen Fälle im voraus zu erkennen, und daß es durch Verbesserung der Technik und durch zweckmäßige Kombination von operativen Eingriffen mit der Röntgenbehandlung gelingen wird, die Brauchbarkeit der Methode noch bedeutend zu entwickeln.« Abbe-Neuyork berichtet über zwei Fälle von Riesenzellensarkom, die über 1½ Jahre rezidivfrei sind. Word teilt die Krankengeschichte eines Kindes mit, bei dem wiederholt rückfälliges Sarkom des Schädels durch Bestrahlungen geheilt wurde und schon über 1 Jahr geheilt blieb. Albers-Schönberg hat ein inoperables Sarkom der Kopfhaut durch 3monatige Bestrahlung geheilt. Dagegen soll nach Bramann das Auftreten von Metastasen durch die Röntgenisierung begünstigt werden, vielleicht durch Losreißen von Geschwulstkeimen; bei einem Falle beobachtete er auch schwere Vergiftungserscheinungen durch Zerfallsprodukte. In der Lassar'schen Klinik wurde gefunden, daß die metastatischen Geschwülste leichter auf die Bestrahlung reagierten. Kienböck teilt die Heilung (wenigstens das Verschwinden) einer Mediastinalgeschwulst mit, die ebenfalls als Sarkom aufgefaßt wurde.

Gutartige Geschwülste scheinen wenig behandelt zu sein; es finden sich keine besonderen Mitteilungen darüber; nur gelegentlich anderer Behandlung wurde das Schwinden von Warzen erwähnt. Nur über Uterusfibrome berichtete Foveau de Courmelles.

Tuberkulöse Lymphdrüsen wurden mehrfach behandelt. Pfahler berichtet in der Therapeut. gazette 1905 Nr. 15 über 226 Fälle, von denen 35% durch die Bestrahlung geheilt, 40% gebessert wurden, 25% unbeeinflußt blieben; in derselben Zeitschrift berichtet auch Newcornet über den gleichen Gegenstand; solange die Drüsen unvereitert sind, sollen sie der Röntgenbehandlung gut zugänglich sein; ähnliches behauptet Hendrix in den Ann. de la soc. belge de chir.: nur harte, ältere, schmerzlose Drüsen sind gut geeignete Objekte für Röntgenbehandlung; die wachsenden oder verkästen abszedieren rasch. Ferrand und Krouchkoll teilen in der Gaz. des hôpitaux mit, daß sie durch vorsichtig wiederholte, je 10 Minuten lange Bestrahlung der Lymphome mit harten Röhren gute Erfolge hatten. Die Drüsenpakete verkleinerten sich rasch oder schwanden ganz, das Allgemeinbefinden hob sich auffällig, und bei manchen Leuten trat überraschend schnell Arbeitsfähigkeit ein. Sie wollen daher vor der Operation stets Versuche mit Röntgenbehandlung machen; von definitiver Heilung sprechen sie aber nicht. Solche hat Abbe (Neuyork) beobachtet, mit bisher 1 Jahr Bestand. Erwähnt sei hier noch ein erfolgreich behandelter Fall von Morb. Addisoni, der durch Tuberkulose der Nebenniere hervorgerufen war (Golubinin, Therapie der Gegenwart 1905 Mai).

Über Behandlung von Hautkrankheiten ist vieles und durchwèg günstiges berichtet worden, so daß man sagen kann, in der Hand des Erfahrenen sind die Röntgenstrahlen ein zuverlässiges, ungefährliches und bequemes, für den Pat. angenehmes Mittel zur Beseitigung mancher hartnäckiger und durch andere Behandlungsarten schwer zu beeinflussender Hautkrankheiten. Näher sei hier nur auf den Lupus, als den Chirurgen am meisten interessierend, eingegangen. Auch in diesem Berichtsjahre hat sich wieder bestätigt, daß hauptsächlich die hypertrophischen und ulzerativen Formen leicht und schnell zu beeinflussen sind. Als besonderer Vorteil der Röntgenbehandlung wird hervorgehoben, daß für sie auch das Naseninnere zugänglich ist, besonders unter Anwendung von halbkugelförmigen Bleiglasschalen mit Ansätzen zum Schutze des Pat. (Wichmann, Münchener med. Wochenschrift 1905 Nr. 34). Andere als die erwähnten Formen des Lupus sind Finsenbehandlung zugänglicher. Manche Berichterstatter wenden auch neben der Röntgenbehandlung chirurgische Eingriffe an. Hahne gibt einen guten Überblick über die Lupus-

behandlung und ihre Ergebnisse in den »Fortschritten« Bd. VIII Hft. 5. Auch er betont, daß die Behandlung kombiniert und sehr individualisierend sein muß, daß durch die Röntgenbehandlung erst die gröbsten Schädigungen und nachher durch Suchen der Einzelknötchen diese auf irgendeine andere Weise beseitigt werden müssen. Häufig schon gelingt es durch die Röntgenbehandlung allein, den Kranken erwerbsfähig zu machen, ehe die ideale, vollkommene Heilung eingetreten ist. Daher hat die Röntgenbehandlung auch eine bedeutende soziale Wichtigkeit.

Über Erfahrungen bei chronischen Gelenkerkrankungen berichtet Moser in den »Fortschritten« Bd. IX Hft. 1. Er bringt ausführliche Krankengeschichten. Seine Schlußfolgerungen lauten: 1) Röntgenstrahlen sind bei Gicht und Rheumatismus ein äußerst wirksames Heilmittel. 2) Bei frischen Gichtanfällen sind nur kurze Bestrahlungen anzuwenden (1 Minute). 3) Rheumatismus erfordert längere Bestrahlung. 4) Die Röntgenstrahlen wirken auf die Grundursache der Krankheit, nicht nur schmerzstillend. 5) Dauererfolge noch nicht sicher.

Ein ganz neues Gebiet ist der Röntgentherapie im verflossenen Jahr eröffnet in der Kropfbehandlung. Von der Erwägung ausgehend, daß in ähnlicher Weise wie anderes Drüsengewebe auch das der Schilddrüse auf die Bestrahlung reagieren müsse, hat Görl Kropfkranke bestrahlt. Die Beschwerden schwanden bei einigen seit langer Zeit bestehenden Kröpfen rasch, und auch die Kropfgeschwulst wurde kleiner (8 Fälle). Gleiche Beobachtungen stellte Stegmann im Rudolfinerhaus in Wien an (13 Fälle). Beide fanden, daß das Allgemeinbefinden keine Not leidet und auch sonst keine Schädigungen auftraten. Beck (Neuyork) teilt Fälle von Basedow'scher Krankheit mit, welche sehr günstig durch Bestrahlung der Schilddrüse beeinflußt wurden; nicht nur der Kropf ging rasch zurück, vor allen Dingen beruhigte sich nach wenigen Bestrahlungen die Herztätigkeit, die Atemnot verlor sich. Auch ein Teil der Stegmann'schen Fälle scheint Basedow'sche Krankheit gehabt zu haben. Beck hatte die Bestrahlung mit halbseitiger Exzision kombiniert (Berliner klin. Wochenschrift 1906 Nr. 1).

Endlich ist noch die Prostatahypertrophie in das Behandlungsgebiet der Röntgenologen im verflossenen Jahre mit hineingezogen worden. Auch hier ging Moszkowicz von der Theorie aus, daß Drüsenparenchym besonders stark durch die Strahlen beeinflußt wird, und daß, da die hypertrophische Prostata hauptsächlich aus Drüsengewebe bestehe, sie durch die Bestrahlung wohl angreifbar wäre. Das schon normalerweise in der Prostata vorhandene Lecithin (Corpora amylacea) schien für die Erzielung einer Wirkung ebenfalls wichtig. Die vorgenommenen Bestrahlungen, die durch Mastdarmspekula an die richtige Stelle geleitet wurden, erzielten eine schnelle Erweichung der geschwollenen Drüse; der vorher nur durch Katheter entleerbare Urin wurde wieder von selbst gelassen. Auch Caraballi berichtet in der Gazz. degli ospedali über gleich gute Erfolge; bei einem der Kranken verringerte sich der Resturin von 200 auf 10 ccm. Die guten Ergebnisse bestanden noch nach Jahresfrist. Auch auf diesem Gebiete eröffnen sich also erfreuliche Aussichten!

Zusammengefaßt kann man sagen: im letzten Jahre sind unsere theoretischen Kenntnisse von der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen und ihrem Zustandekommen erheblich erweitert und vertieft worden. Praktisch haben sie sich ihren wichtigen Platz befestigt bei der Behandlung der Leukämie, inoperabler, bösartiger Geschwülste und bei Behandlung der verschiedenartigsten, anderen Mitteln schwer zugänglichen Hautkrankheiten; neue Stellungen sind erobert bei Behandlung von Kropf verschiedener Art und Prostatahypertrophie. Ohne Zweifel wird sich manches Gute nicht bestätigen, vielleicht werden aber auch wieder neue, bisher unbekannte günstige Wirkungen aufgedeckt werden. **Trapp** (Bückeburg).

---

28) **J. Sandberg.** Spinalanalgesi.

(Medicinsk Revue 1905. Dezember.)

29) Derselbe. Respirationsparalyse efter stovain.

(Ibid. 1906. Februar.)

In zwei in dem Ärzteverein Bergens gehaltenen Vorträgen legt Verf. seine bisherigen Erfahrungen über die medulläre Anästhesie nieder. Er scheint die Methode nicht eher geprüft zu haben, als er das Stovain bekam; seitdem hat er sie häufiger angewandt. Unter 123 Operationen hat er sich ihrer 31mal bedient. Er ist der Ansicht, daß die Methode, richtig angewendet, keine Lebensgefahr mit sich bringt, und daß sie mit Vorteil in vielen Fällen gebraucht werden kann, in welchen die allgemeine Narkose kontraindiziert ist (Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden). Nicht anwenden soll man sie bei Kindern und Hysterischen.

Die zweite Mitteilung enthält die ausführliche Beschreibung eines Falles von unilateraler Nierentuberkulose mit profusen Blutungen, wo die injizierte Stovainmenge (0,07 g Stovain einer Lösung von: Stovaini 2 + Sol. chlor. natr. 0,6% 10 und Sol. adrenalini 1 : 10000 10) wahrscheinlich unmittelbar in den vierten Ventrikel gelangt war, da die Pat. sofort in etwa 15° Neigung über die Horizontale gebracht wurde. Sylvester's Respiration war 25 Minuten nötig. Heilung.

Hansson (Cimbrishamn).

30) **Fiori.** Considerazioni cliniche sopra 30 casi di nefropessi.

(Acc. delle scienze med. e natur. di Ferrara. Sed. del 1. Febr.)

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1906. Nr. 30.)

In 30 glücklich operierten Fällen von Nephropexie wurden die Veränderungen an der Niere (Albuminurie, Uronephrose, Druckempfindlichkeit) in 100%, die Magen-Darmstörungen in 66,7%, die Beschwerden von seiten der Gallenwege in 100%, andere nervöse und schmerzhafte Erscheinungen in 37,5 bzw. 66,6% beseitigt. Diese Fälle werden, so weit sie durch Bandagen nicht gebessert werden, als absolute Indikation für die Operation angesehen. Letztere soll dagegen bei Enteroptose wie bei Störungen im Gebiete der Genitalorgane, die zur Hälfte ungebessert bleiben, nicht ausgeführt werden. Doch will F. den Eingriff als ultima ratio selbst zu Suggestivzwecken und zur genaueren Stellung der Diagnose unternehmen.

Dreyer (Köln).

31) **Skillern.** A case of traumatic aneurysm of the right renal artery with a review of the literature.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1906. Januar 6.)

Der 26jährige Pat. hatte 14 Jahre früher einen Sturz vom Pferde mit starker Quetschung der rechten Seite erlitten; damals Bluthamen. Seitdem in unregelmäßigen Zwischenräumen wiederkehrende, Steinkoliken ähnliche Schmerzanfälle, bei denen auch zuweilen Blut im Harn war. Bei der Aufnahme fand sich in der rechten Seite zwischen Rippen- und Darmbeinrand eine Geschwulst von etwa Kindskopfgröße, die Dämpfung verursachte, mit der Atmung nicht beweglich war, die Leber 4 cm in die Höhe gedrängt hatte. Sie wies die Merkmale der cystischen Geschwulst auf, pulsierte nur durch Fortleitung, war frei von Geräuschen. Die beiden Artt. femorales pulsierten gleich. Bei der durch schrägen hinteren Nierenschnitt vorgenommenen Operation stellte sich heraus, daß ein falsches Aneurysma der Art. renalis vorlag. Die Nierenadern wurden dicht an der Aorta bzw. Vena cava abgeklemmt, die Niere mit der Geschwulst entfernt. Die Klemmen blieben zum Teil 5 Tage liegen. Glatte Heilung. In der Literatur konnte Verf. 26 Fälle auffinden.

Trapp (Bückeburg).

32) **A. van der Veer.** End results in surgery of the kidney, based on a study of 90 cases, with 132 operations.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. August 26 und September 2.)

Verf. beschränkt sich in seinem Bericht über ein reiches Material auf die kurze Mitteilung der Erfolge und einer Reihe von Krankengeschichten, ohne auf die

Anwendung der neuen Untersuchungsmethoden einzugehen. Von der Röntgenuntersuchung auf Nierensteine erwähnt er nichts, trotz des Hinweises auf die schwierige Differentialdiagnose zwischen renaler Neuralgie und Nierensteinen; ebensowenig von Gefrierpunktsbestimmungen. Seine Mitteilung ist also wesentlich ein Beitrag für eine Sammelstatistik über die Erfolge der Nierenchirurgie.

Lengemann (Bremen).

33) **Zironi.** Ricerche sperimentali sulla decapsulazione renale nelle stasi venose del rene.

(Soc. med. chir. de Modena. Sed. del 19. Januar 1906.)

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1906. Nr. 21.)

Bei künstlicher Kompression der Vena renalis waren die Veränderungen in der Funktion der Niere sowohl wie auch die histologischen Befunde geringer, wenn gleichzeitig die Entkapselung der Niere ausgeführt wurde.

Dreyer (Köln).

34) **G. Ekehorn.** Operationen wegen Nephritis.

(Hygiea Jahrg. 67. p. 1123.)

Kasuistische Mitteilungen aus dem Länslazareth Sundsvalls mit ausführlichen Krankengeschichten und sehr genauen mikroskopischen Analysen (Prof. Sundberg) der exzidierten Teile, dazu epikritische Bemerkungen über die moderne Nierenchirurgie. Verf. beschreibt zuerst zwei Fälle von akuter infektiöser Nephritis und unterwirft im zweiten Teile der Arbeit die Frage über die renale Hämaturie bei chronischer Nephritis — gestützt auf vier selbst beobachtete Fälle — einer eingehenden Bearbeitung. Im ersten Falle der zweiten Gruppe war die chronische Nephritis vorwiegend in den Glomerulis lokalisiert, im zweiten fand sich eine chronische parenchymatöse Nephritis mit disseminierten Schrumpfungsherden; der dritte Fall war eine chronische Nephritis mit herdförmigen Glomerulitiden und Schrumpfung, der vierte zeigte chronische Nephritis und Glomerulitis mit Periglomerulitis und Papillitis. Das hauptsächlichste klinische Symptom bei allen Fällen war die renale Hämaturie. Eine einheitliche Form der Entzündung aber ist Verf. ebensowenig wie die übrigen Forscher auf diesem Gebiete zu zeichnen imstande.

Auf Einzelheiten näher einzugehen verbietet ein kurzes Referat; jede Krankengeschichte hätte sonst verdient, besonders behandelt zu werden.

Ein Literaturverzeichnis, hauptsächlich die renale Hämaturie berücksichtigend, von 99 Nummern schließt die verdienstvolle Arbeit ab.

Hansson (Cimbrishamn).

35) **Phocas** (Athènes). Note sur la décapsulisation rénale dans la cirrhose hépatique commune.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 6.)

P. hat im Verlauf eines Jahres zehnmal die Kapselspaltung der Niere an Kranken mit chronischer Nephritis ausgeführt. Die Resultate der Operation waren gut; Urinmenge und Harnstoffausscheidung stiegen zu Beginn der 2. Woche nach der Operation; vorhandener Ascites ging zurück; nur eine Pat. verlor P. nach dem Eingriff. Ermutigt durch diese Resultate, machte er im Dezember v. J. den Versuch, den Ascites bei Lebercirrhose durch die gleiche Operation zu beeinflussen; er nahm sie an einem 49jährigen Kaufmanne vor, bei dem seit $4^1/_2$ Monaten Ascites und Ödem der unteren Extremitäten bestanden hatte. Nach der Operation, bei der die Kapsel der rechten Niere gespalten und mit der Hohlsonde zurückgestreift wurde, stieg die Urinmenge von 350 g auf 600 g am 1., bis zu 800—900 g an den folgenden Tagen, die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes von 25 auf 35 g im Durchschnitte; der Umfang des Bauches war am 9. Tage von 100 auf 90 cm zurückgegangen. P. zieht wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch keine Schlüsse aus dem bisherigen Verlaufe, hält aber den Versuch, bei Lebercirrhose die Diurese durch Spaltung der Nierenkapsel zu heben, für berechtigt, da die Operation gefahrlos sei oder wenigstens nicht gefährlicher als die Talma'sche Operation. Daß



die Steigerung der Urinmenge im vorliegenden Falle sofort nach der Operation auftrat, während sie an den wegen Schrumpfniere Operierten erst nach Verlauf mehrerer Tage zu beobachten war, führt P. darauf zurück, daß der Eingriff an einer an sich gesunden Niere vorgenommen wurde. **Thümer** (Chemnitz).

36) **J. A. Wyeth.** Sarcoma of the undescended testes.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Dezember 2.)

Bei einem 30jährigen Mann exstirpierte W. zwei Geschwülste, deren eine 456 g, die andere 190 g wog, entstanden an kryptorchischen Hoden, deren einer nie im Leistenkanal gefühlt worden war, während der zweite neben einem Leistenbruch im Kanal gesteckt hatte. Die Untersuchung ergab beiderseits ein großzelliges Rundzellensarkom mit wenig Bindegewebe. **Lengemann** (Bremen).

37) **J. S. Stone** (Washington). Wandering, parasitic, or aberrant retroperitoneal uterine fibromata. Two cases.

(Amer. journ. of surgery 1906. Februar.)

Zwei interessante Fälle retroperitonealer, fibromatöser Geschwülste bei 50- resp. 35jähriger Frau, die sich in 5 resp. 2 Jahren entwickelt hatten und operativ entfernt wurden. Bei der Operation ging allerdings die zweite Frau an nicht stillbarer Hämorrhagie durch ein angerissenes Gefäß zugrunde, da es dem Verf. nicht möglich war, sich vor der Enukleation einer im kleinen Becken eingeklemmten Teilgeschwulst von der Lage der großen Gefäße zu überzeugen. Offenbar handelte es sich beidemal um multiple Uterusfibrome (beim ersten Falle teilweise cystisch degeneriert), von denen sich sehr große Teilgeschwülste allmählich abgeschnürt und retroperitoneal bis zur Leber hinauf entwickelt hatten. Diese so selbständig gewordenen Geschwülste waren nur durch die gemeinsame Kapsel, d. h. das Bauchfell, noch mit ihrem Mutterorgan in Verbindung und hatten z. T. die großen Gefäße und Harnleiter, auch die Blase, vor sich her nach vorn gegen die Bauchwand getrieben. **Goebel** (Breslau).

38) **A. E. Isaacs.** Dermoid ovarian cyst simulating floating kidney.

(New York med. record 1905. Dezember 30.)

I.'s Pat., eine 19jährige Frau, deren Anamnese keine präzisen Daten ergab, erkrankte plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen. Eine frei bewegliche Geschwulst glich der Niere, die Diagnose wurde aber auf Ovariencyste mit Stieltorsion gestellt. Die Operation bestätigte diese Diagnose. Der Stiel war merkwürdigerweise 7 Zoll lang und vermutlich infolge früherer Entzündungen außergewöhnlich hoch oberhalb des Kreuzbeines angeheftet.

Loewenhardt (Breslau).

39) **Jacobson.** Angioma simplex of the ovary. Rupture causing death.

(Post-graduate 1905. Nr. 1.)

Bericht über den sehr seltenen Fall des Vorkommens eines Angioma simplex auf der Oberfläche eines Eierstockes mit tödlicher Blutung in die Bauchhöhle bei einer 35 Jahre alten Frau, die zweimal geboren und zuletzt vor 2 Jahren einen Abort gehabt hatte. Der betroffene rechte Eierstock wurde entfernt, die Pat. starb.

Die histologischen Verhältnisse werden mit Hilfe von zwei Tafeln erläutert und 26 ähnliche Fälle der Literatur genau referiert.

W. v. Brunn (Rostock).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. **Sonnabend, den 28. April.** **1906.**

Inhalt: **C. Bayer,** Zur Ätiologie der punktförmigen Blutaustritte in der Schleimhaut à froid exstirpierter Wurmfortsätze. (Original-Mitteilung.)

1) **Most,** Topographie des Lymphgefäßapparates. — 2) **Bibrowicz,** Hirnabszeß. — 3) **Kroiss,** Entzündung der Mundspeicheldrüsen. — 4) **Salbach,** Die Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen. — 5) **Gentil,** Herzwunden. — 6) **Esquerdo,** Chondritis costalis. — 7) **Stadler** und **Hirsch,** Meteorismus und Kreislauf. — 8) **Koch,** Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes. — 9) **Ortiz de la Torre,** Eingeweidebrüche.

10) **Brunet,** Epitheliale Schläuche und Cysten in Lymphdrüsen. — 11) **Watters,** Wundnaht. — 12) **Krause-Détert,** Schlingenführer für Kehlkopf, Nase und Ohr. — 13) **Cushing,** Arteriovenöses Aneurysma der Occipitalgefäße. — 14) **Pfaumer,** Facialislähmung. — 15) **De Pena,** Angina Ludovici. — 16) **Roubitschek,** Trichterbrust. — 17) **Gibbon,** Herzwunde. — 18) **Hüter** und **Karrenstein,** Osteoidsarkom der Brustdrüse. — 19) **Hannes,** Bauchdeckennaht. — 20) **Polano,** Bösartige Bauchdeckengeschwülste nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste. — 21) **Fleischmann,** Teratom des Bauchfells. — 22) **Greaves,** Darmperforation bei Typhus. — 23) **Nötzel,** Peritonitisoperationen. — 24) **Lundblad,** Bruchoperationen. — 25) **Chutro,** Traumatische Magenfistel. — 26) **Caudwell,** Thiosinamin gegen Pylorusstenose. — 27) **Moynihan,** Magenkrebs. — 28) **Anschütz,** Darmstörungen nach Magenoperationen. — 29) **Leeming,** 30) **Nieto,** Darmverschluß. — 31) **Ransohoff,** Brandige Gallenblase; Riß des Ductus choledochus. — 32) **Adolph,** Cholangitis. — 33) **Rautenberg,** Pankreasnekrose. — 34) **Ruge,** Vulvaerkrankungen.

Zur Ätiologie der punktförmigen Blutaustritte in der Schleimhaut à froid exstirpierter Wurmfortsätze.

Von

Prof. Dr. **Carl Bayer** in Prag.

Genaue Untersuchung von Wurmfortsätzen mit wohl gewulsteter, aber nirgends ulzerierter Schleimhaut ließ mich bislang mit Fränkel[1] annehmen, daß die in der Schleimhaut so häufig vorkommenden kapillären Hämorrhagien, die immer den Eindruck frischer Blutaustritte machen, Kunstprodukte seien, erzeugt durch Quetschungen des Wurm-

[1] Lauenstein u. Revenstorf (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. LXXVII. p. 40. Ref. dieses Zentralblatt 1905. Nr. 39 von Meinhard Schmidt).

fortsatzes während der Operation. Ich fand sie aber auch da, wo der Wurmfortsatz schonend vorgezogen und mit Instrumenten sonst gar nicht insultiert worden war. Da ich immer erst das Mesenteriolum abklemme und versorge und den Wurmfortsatz ganz zuletzt abbinde, fiel es mir auf, daß die Arteria appendicularis — in der Regel schon recht wandständig — in vielen Fällen so nahe an der Basis des Wurmfortsatzes verläuft, daß sie von dem das Mesenteriolum abklemmenden Instrument nicht erreicht wird und erst bei der Manschettenbildung für sich ligiert werden muß. In solchen Fällen kann man sich nun vorstellen, daß, da eine Weile lang die Venen abgeklemmt waren, die Arterie aber nicht, durch den plötzlichen Überdruck im Kapillarsystem der kranken Schleimhaut Blutaustritte entstehen. Der Zufall fügte es, daß ich vor wenigen Tagen eben einen solchen Fall wieder zu operieren hatte. Der Wurmfortsatz wurde in schonendster Weise behandelt, die Arteria appendicularis mußte isoliert ganz zuletzt am bereits versorgten Mesenteriolumstumpf unterbunden werden.

Der Fall war mir ein Experiment. Es gab eine Menge gruppenweise angeordneter punktförmiger Blutaustritte in der recht gewulsteten, aber sonst intakten Schleimhaut. Ich bin daher der Meinung, daß die vielgenannten Blutaustritte durch den arteriellen Überdruck nach vorhergehender Unterbrechung des Rückflusses durch Abklemmung der Venen des Mesenteriolum entstehen.

---

1) **A. Most.** Die Topographie des Lymphgefäßapparates des Kopfes und des Halses in ihrer Bedeutung für die Chirurgie. Mit 11 Taf. und 2 Fig. im Text. 133 S.

Berlin, **August Hirschwald,** 1905.

Verf. teilt seine Arbeit — nach einigen Vorbemerkungen über die Technik seiner Untersuchungen und über das Lymphgefäßsystem im allgemeinen — in vier Kapitel ein.

Im I. bespricht er die allgemeine Topographie der Drüsen an Kopf und Hals, im II. die Lymphgefäße der drüsigen Organe (Schild- und Speicheldrüsen). Da das Lymphgefäßsystem in seinem Verlaufe topographisch sich im allgemeinen an das Blutgefäß-, speziell das Venensystem hält, ergibt sich ungezwungen eine Einteilung in verschiedene Lymphterritorien, die im allgemeinen dem Verlauf und Versorgungsgebiet der großen Gefäße entsprechen. Auf die Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden. Im IV. Kapitel beschreibt dann Verf. die Lymphgefäße der Schleimhaut der oberen Luft- und Verdauungswege, und zwar des Naseninnern, der Mundhöhle und Zunge, des Rachens, der Tube und des Mittelohres, der Speiseröhre, des Kehlkopfes und der Lufröhre. Alle Lymphbahnen des Kopfes und Halses führen schließlich auf die tiefen Cervicaldrüsen, die im wesentlichen die großen Halsgefäße umspinnen.

Vom anatomischen, pathologisch-anatomischen, klinischen und speziell chirurgischen Standpunkt aus sind die Ausführungen des Verf.s von großem Interesse. Vor allem die Beziehungen zur Chirurgie werden eingehend erörtert, und zwar immer im Anschluß an die Beschreibung des betreffenden Lymphgebietes.

Unter Hinweis auf die Bedeutung des radikalen Operierens vor allem bei bösartigen Geschwülsten gibt Verf. dem Chirurgen wertvolle Fingerzeige, bei Operationen tuberkulöser Halslymphdrüsen, des Kehlkopf-, Zungen- und Lippenkrebses usw. die zu einem bestimmten Lymphquellgebiete gehörigen Drüsen aufzufinden; dabei weist Verf. auf die möglichen Abweichungen von der normalen Topographie hin. Auch die Operationstechnik wird besprochen unter ausdrücklicher Betonung der kosmetischen Rücksichten.

Sehr übersichtliche farbige Tafeln erhöhen den Wert des kleinen Buches, das jedem, der sich mit Operationen an Kopf und Hals beschäftigt, empfohlen werden kann. **K. Schultze** (Bonn).

---

2) **N. Bibrowicz.** Beiträge zur Klinik und Chirurgie des Hirnabszesses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 2. p. 407.)

Vom ätiologischen Gesichtspunkte teilen sich die Hirnabszesse in 1) traumatische, 2) von Eiterungen der Knochen und Höhlen des Schädels ausgehende, 3) bei infektiöser Weichteilerkrankung des Schädels auftretende, 4) tuberkulöse und 5) metastatische. Als Traumen kommen Stichwunden, Lochbrüche, komplizierte Schädelbrüche, besonders solche mit kleiner äußerer Wunde, und Weichteilverletzungen des Schädels mit nachfolgender Infektion in Betracht. Während die Rindenabzesse meist durch kontinuierliche Eiterung entstehen, wird der Weg zu den tiefen Abszessen entweder durch die perivaskulären Lymphräume oder die Thrombose der klappenlosen Schädelvenen und rückläufigen Transport der Eitererreger vermittelt. Die otogenen Hirnabszesse entstehen fast durchweg per continuitatem. Für metastatische Abszesse bilden am häufigsten putride Lungeneiterungen den Ausgangspunkt.

Für die Diagnose ist die Temperaturmessung mitunter ohne Wert, da sowohl subnormale wie normale und febrile Temperaturen bei unkomplizierten Fällen bestehen können. Zu den konstantesten Symptomen gehören Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Störungen des Sensoriums und Pulsverlangsamung. Neuritis optica findet sich nur in ca. 35% der Fälle, Stauungspapille noch seltener. Die allerdings nicht stets vorhandenen Herdsymptome sind wertvoll für die Lokalisation.

Für den Verlauf der Erkrankung lassen sich vier Stadien unterscheiden: Initialstadium, Latenz, manifeste Erkrankung und Terminalstadium. Wenn im Stadium der Manifestation keine chirurgische Hilfe kommt, nimmt die Krankheit ihren letalen Verlauf, da Spontanheilung bisher nie einwandsfrei beobachtet wurde. Der Tod erfolgt durch

Hirnödem, Hydrocephalus, Durchbruch in die Ventrikel, Meningitis oder durch entfernte Komplikationen.

Die Operationserfolge der einzelnen Operateure sind außerordentlich verschieden; die Mortalität beträgt im Durchschnitt 50%.

Für die Trepanation hat sich die Sudeck'sche Fräse sehr bewährt. Wegen der Gefahren des Hirnvorfalls sollen die Resektionen möglichst klein sein. Zur Probepunktion genügt ein Bohrloch, besser aber ist die probatorische Stichinzision nach v. Bergmann von einer kleinen Trepanationsöffnung aus. Die Probepunktion ist bei gestellter Diagnose der Abszeßeröffnung stets vorauszuschicken, in anderen Fällen zur Diagnose und Lokalisation des Abszesses ratsam. Die Abszeßeröffnung soll nach Abdeckung der Umgebung langsam erfolgen und durch Drainage günstiger Sekretabfluß gesichert werden.

Zum Schluß gibt Verf. Krankengeschichten von 12 einschlägigen Fällen der Breslauer Klinik; 9 erwiesen sich als Abszesse, von denen 6 operiert wurden und 2 genasen. Beginnende Meningitis darf keine Indikation gegen die Operation sein. **Reich** (Tübingen).

---

3) **F. Kroiss.** Über die chronische Entzündung der Mundspeicheldrüsen und ihrer Ausführungsgänge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 2.)

Die chronische Speicheldrüsenentzündung trifft man am häufigsten in der Gland. submaxillaris. Die Infektion der Drüse erfolgt meist durch Abszedieren von Keimen in den Ausführungsgängen: die den Ausführungsgängen nächstgelegenen Acini zeigen die stärksten Veränderungen. Dieser Infektionsmodus kommt meist zustande, wenn das Drüsenparenchym durch eine vorausgegangene allgemeine Erkrankung in seiner besonderen, natürlichen Resistenz geschwächt ist.

Bezüglich der Steinbildung vertritt Verf. die Ansicht, daß die bakterielle Entzündung der Drüse immer Ursache und nicht Folge der Steinbildung ist, und Traumen, Fremdkörper, Sekreteinwirkung usw. nur eine sekundäre Rolle spielen. Spezielle Steinsymptome (Speichelkolik und Speichelgeschwulst) treten nur auf, wenn ein Stein den Hauptausführungsgang verschließt.

Im Latenzstadium imponiert die chronische Speicheldrüsenentzündung als derbe Geschwulst der Gland. submaxillaris von meist geringer Druckempfindlichkeit. Sind akute Anfälle vorausgegangen, so entleert sich zeitweilig aus der Papille eiteruntermischter Speichel. In klinische Behandlung kommen die Fälle in der Regel erst bei eingetretener akuter Exazerbation. Diese kennzeichnet sich im mikroskopischen Bilde durch reichliche Rundzelleninfiltration und Übergreifen der Entzündung auf die Umgebung; klinisch durch Schmerz, Fieber, stärkere Schwellung und Abszedierung häufiger im periglandulären Gewebe als im Drüsenkörper selbst. Therapeutisch können im latenten und subakuten Stadium palliative Maßnahmen, Kataplasmen, Steinextraktion, Inzision von Abszessen usw. zur Heilung führen; in rezidivierenden und akuten Fällen ist die Exstirpation der Drüse angezeigt.

In einem Falle von Ranula konnte Verf. den direkten Zusammenhang der Cyste mit der Gland. sublingualis nachweisen, insofern das Epithel des Ausführungsganges der Sublingualis direkt in das großzellige Cystenepithel überging.

Ausführliche Krankengeschichten von sechs Fällen von chronischer Speicheldrüsenentzündung, ein Fall von Paruliscyste und ein Fall von Ranula nebst Beschreibung und Abbildung der mikroskopischen Präparate, sowie Röntgenogramme eines Speichelsteins sind der Arbeit beigefügt. **Reich** (Tübingen).

---

4) **Salbach.** Das Verhalten der Schilddrüse bei Infektionen und Intoxikationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Um die Arbeit de Quervain's an einem größeren Materiale zu vervollständigen, hat S. die Schilddrüse bei 67 Autopsien einer genauen Untersuchung unterworfen. Todesursache war 34mal eine Infektionskrankheit im weitesten Sinne: Tuberkulose 14, Pneumonie 6, Masern 2, Scharlach 6, Diphtherie 4, Sepsis 3, Endokarditis 2, Peritonitis 5, Wochenbettfieber 1, Hirnabszeß 1mal. Intoxikationen: Alkoholismus 3 Fälle. Anderweitige Erkrankungen: bösartige Neubildungen 6, chronische Nephritis 4, Myokarditis 2, perniciöse Anämie 1, Gastroenteritis 2, Herzfehler 1, Traumen 4 Fälle.

Bei akuten Infektionskrankheiten, besonders beim Scharlach, fanden sich oft ausgesprochene histologische Veränderungen in der Schilddrüse. Gleichgültig, um welche Erkrankung es sich handeln mochte, die Veränderungen waren stets wesentlich dieselben: Hyperämie, Verflüssigung und Schwund des Kolloids, Desquamation der Epithelien. Die beobachteten Unterschiede waren nur gradueller Natur; das Bindegewebe blieb immer unversehrt.

Chronischer Alkoholismus wirkt schädigend auf die Schilddrüse ein; diese Einwirkung gibt sich hauptsächlich kund durch die gleichen histologischen Veränderungen wie bei Infektionskrankheiten.

Die chronische Lungentuberkulose ruft in der Mehrzahl der Fälle, und viel häufiger als irgendeine andere Erkrankung, in der Schilddrüse eine Vermehrung des Bindegewebes hervor und bedingt überdies allmähliches Schwinden der Follikel.

Chronische Nephritis, Urämie, Kachexie bei Krebs oder Sarkom bewirken keine Veränderungen der Schilddrüse. **Haeckel** (Stettin).

---

5) **Gentil.** Feridas do coração. (Cardiorrhaphia.) 137 S. Lissabon, 1905.

Die gesamte Symptomatolgie, Pathologie und operative Therapie der Herzwunden wird an der Hand der 77 bis zum Ende des Jahres 1904 publizierten Fälle eingehend erörtert, ohne daß indessen besondere neue Gesichtspunkte gewonnen werden. Aus eigener Praxis werden 3 Fälle hinzugefügt, welche die Naht bei Wunden des rechten Ven-

trikels, des linken Ventrikels und des rechten Vorhofes betreffen. Der letztere Fall ging in Heilung aus, während die beiden ersteren starben. Als bestes Operationsverfahren betrachtet G. das von **Wehr** angegebene.

Stein (Wiesbaden).

---

6) **Esquerdo.** Las condritis costales.

(Revue de med. y cir. pract. de Madrid 1906. Nr. 920.)

E. hat eine große Anzahl von Fällen von chronischen Entzündungsprozessen an den Rippenknorpeln zu beobachten Gelegenheit gehabt und weist darauf hin, daß diese sich in den allermeisten Fällen auf eine primäre Infektion des Magen-Darmkanales zurückführen lassen. Besonders nach dem sog. Maltafieber, in Spanien auch Barcelonafieber, sollen sie häufig vorkommen. Im Gegensatze hierzu finden sich Affektionen der Knochen nur sehr selten. Der Grund, daß gerade die Knorpel von dem Infektionserreger angegriffen werden, liegt hauptsächlich in deren schlechten Ernährungsverhältnissen, die sie als loci minoris resistentiae schon prädestinieren. Die Erkrankung befällt gewöhnlich Individuen im Alter von 15—45 Jahren, und unter diesen wieder am häufigsten solche von 20—35 Jahren. Eine Erklärung hierfür wird nicht gegeben. Der Prozeß entwickelt sich langsam, oft ohne Schmerzen und Fieber. Er nimmt seinen Ausgang teils von der vorderen Fläche der Rippenknorpel, teils von der hinteren, teils auch von den Rändern. Stets soll man Verdacht auf eine beginnende Chondritis haben, wenn nach einer Magen-Darmerkrankung Schmerzen in der Gegend der Rippenknorpel geklagt werden. Anatomisch kann der Prozeß sehr variieren. Von der einfachen Erosion können alle Stadien vorkommen bis zur eitrigen Einschmelzung des Knorpels. Meist ist nur der Rippenknorpel allein erkrankt; aber auch die Rippe und das Brustbein können von dem Prozeß ergriffen werden. Am häufigsten sieht der Knorpel so aus, als habe man an seinem Rande mit dem scharfen Löffel eine Aushöhlung gemacht; diese selbst ist rot und wie mit Granulationen im Grunde bedeckt. Ist der Rippenknochen oder das Brustbein ergriffen, so findet man nicht selten kleine Sequester. Der Prozeß kann an mehreren Stellen auftreten, doch geschieht dies stets nacheinander, nicht zu gleicher Zeit. Der Knorpel in der Umgebung des Krankheitsherdes ist von schmutzig gelber Farbe und weicher Konsistenz. Es kann zur Spontanheilung kommen, aber nur, wenn noch keine Eiterung eingetreten ist. Ist diese einmal vorhanden, so sucht sie sich ihren Weg direkt oder indirekt nach außen. Die so entstehenden Fisteln zeigen manches Mal, besonders dann, wenn der Prozeß von der hinteren Fläche des Rippenknorpels seinen Ausgang genommen hat, sehr verschlungene und schwer zu verfolgende Wege, indem sie sich zwischen den verschiedenen Bauchmuskeln durchwinden. Niemals aber brechen sie in die Pleura oder in die freie Bauchhöhle durch. Die Behandlung darf nur in breiter Eröffnung des Krankheitsherdes bestehen. Eine Tamponade der Fisteln ist streng zu verwerfen, ebenso auch der

Versuch, durch Injektionen antiseptischer Mittel in die Fistel Heilung zu erzielen; dadurch entstehen oft Retentionen und neue Abszesse. Wichtig ist auch, niemals den Versuch einer Primärheilung zu machen, vielmehr immer zu tamponieren. Ist ein Stück des Rippenknorpels in seiner Kontinuität reseziert worden, so daß eine Lücke entstanden ist, so muß Nachbargewebe zwischengelagert werden, um die Heilung zu beschleunigen, da die Knorpelenden selbst keine Neigung zeigen, sich zu vereinigen. Ist eine solche Zwischenlagerung untunlich, so soll man lieber den ganzen Knorpel resezieren und dann Knochen an Knochen bringen. Die angeführten Krankengeschichten zeigen keine Besonderheiten.

Stein (Wiesbaden).

---

7) **Stadler** und **Hirsch.** Meteorismus und Kreislauf.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Da die früher von Hamburger über den Einfluß des in der Bauchhöhle herrschenden Druckes auf den allgemeinen arteriellen Blutdruck angestellten Versuche unter künstlich ganz abnormen Bedingungen angestellt wurden, so haben Verff. die gleiche Frage experimentell behandelt unter Versuchsanordnungen, welche physiologischer waren. Sie steigerten den Druck nicht durch Einführen von Wasser oder Luft in die freie Bauchhöhle, sondern durch Aufblähen der Därme mittels Gebläse vom After aus. Sie stellten fest, daß die Blutdrucksteigerung bei Meteorismus stets synchron mit der Erschwerung der Atmung durch Hochdrängen des Zwerchfells eintritt; sie ist also eine dyspnoische.

Haeckel (Stettin).

---

8) **W. Koch.** Arbeiten der chirurgischen Universitätsklinik Dorpat 1904. Die angeboren ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes.

Dorpat, **Anderson.**

II. Einzelnes. Wie die fünf möglichen Aufstellungen des gesunden Darmes, lassen sich auch ihre nicht jedesmal notwendigen, immerhin häufigen Varianten hier nur im Schattenriß kennzeichnen. Muß die Beschreibung diese trennen, so kommen sie in Wirklichkeit oft zusammen an derselben Stelle und bei demselben Individuum vor. Zunächst als umschriebene Enge, Stenose, welche im Gegensatz zur Enge eines Darmabschnittes steht und, wenn sie bis zum Verschluß der Lichtung führt, zugleich den segmentierten Darm vorstellt. Solche Engen sind vom Magen bis zum After hinunter ein- oder mehrfach gesehen worden, unter der Kloake leicht zu deuten, höher ihrem Wesen nach strittig, kaum Ausdruck persistierender Segmentation, weil eine solche bestritten wird, eher Folge nicht sich lösender embryonaler Verklebung (Tandler[1]).

---

[1] Verf. hat bei Meteorismus und peristaltischer Unruhe Jugendlicher wiederholt den Probeschnitt gemacht, wenigstens die Dünndarmschlingen wurstartig ausgeglichen und zugleich glashelle derbe Membranen gefunden, welche die Därme

Die Knickung, Inflexion, geschieht, als Bogen oder Kante, in allen möglichen Ebenen und Winkeln, sitzt sowohl am Rohr, wie an der Schlinge und hat die absonderlichsten Umgestaltungen des nachbarlichen Bauchfelles, z. B. seitenständige Bänder und narbige Strahlungen mit Taschen dazwischen zur Folge. An der Hand des Originales macht es keine Schwierigkeit, angeborene und spät erworbene Knickungen zu scheiden; letztere werden selbstredend anerkannt, unentschieden bleibt nur ihre Häufigkeit.

Die spiralen Drehungen des Darmes gehen nach rechts oder links und erscheinen in ihrem niedrigsten Grad als Überkreuzung zweier Schlingenschenkel. Im anderen Extrem durchlaufen sie zwei- und selbst dreimal 360°, und vier Spiralen übereinander sind nur am Dünndarmgekröse bekannt geworden. Sonst sind sie sowohl am Rohr (Ascendens), wie an der Flexur (Flexura lienalis) und an der Schlinge (S romanum, Prosimierschlinge, Dünndarmschlinge) möglich. Auch zwei Dünndarm- oder Dickdarmschlingen (S romanum und Prosimierschlinge) wickeln sich umeinander, und das Dünndarmgekröse kann, ganz oder zum Teil (Zungen), das S romanum umfassen oder von diesem umfaßt werden. Beim Mesoliberum commune dreht sich mit dem Ascendens zugleich das Dünndarmgekröse spiral zusammen. Die alleinige Drehung des Dünndarmgekröses hingegen setzt, bei meist schmaler Radix und langem Gekröse, tiefe zungenförmige Einschnitte entweder längs des Ascendens, also Hochstand der Ileocaecalklappe, oder solche Einschnitte in der Mitte des Gekröses, etwa zwischen Jejunum und Ileum voraus. Erworbene spirale Drehungen dürften nur im Bruchsack, um teilweis kongenitale Pseudoligamente bzw. das Meckel'sche Divertikel herum, in Gekröse- und Netzlöchern, endlich bei kongenital sehr langem und mit massigem Dünndarme besetztem Gekröse möglich sein. Denn in letzterer klinisch besonders wichtigen Gruppe, gelegentlich deren Verf. wiederholt operieren mußte, datierten die sehr kräftigen 30—40jährigen Pat. die »Verschlingung« auf 8 bis höchstens 14 Tage zurück. Die Masse aber der spiralen Drehungen ist sicher kongenitalen Ursprunges und nur am allein gedrehten langen Dünndarmgekröse von vornherein so hochgradig, daß die Frucht in den ersten Monaten abstirbt.

Darmlabyrinthe sind ineinander geschachtelte Ovale einer Ebene. Verf. hat sie, in der Andeutung, nur am Ascendens gefunden. Er erklärt gewisse ihnen ähnliche Figuren am Descendens als Pseudolabyrinthe, da sie vom S romanum durchaus zu sondernde Schlängelungen und Schlingen verschiedener Ebenen, manchmal in der Durchflechtung (Curschmann) vorstellen.

Die sackartige, teils glatte, teils gefaltete, zentrische oder exzentrische Ausweitung eines Stückes des einfachen Dickdarmrohres

---

aneinander löteten. Die Lösung gelang, ohne daß sie Nutzen brachte, nur in beschränktem Maße. Er kann diese äußere Verklebung nur jener an die Seite stellen, welche bei jedem Embryo monatelang sich findet.

(Divertikel) hat, sofern sie den Mastdarm betrifft, als Kloake zu gelten, selbst wenn sie riesigen Umfanges ist und mehr als die Hälfte des ausgedehnten Bauches einnimmt. Gleichen, durchschnittlich aber geringeren Umfanges präsentieren sich auch die über das Caecum, das Ascendens oder über die Prosimierschlinge und das S romanum sich ausbreitenden Divertikel, ohne daß man ihnen einen anderen Sinn als den einer simpeln, im Interesse der Verdauung geschaffenen, allerdings tierähnlichen Erweiterung unterlegen kann. Inmitten des Situs 5 scheinen sie, vom S romanum abgesehen, am seltensten vorzukommen. Im Gegensatze dazu stehen die immer nur kleinen, seitlichen, hohlen Sprossen auf einem Darmrohr, dessen Querschnitt der gewöhnliche ist. Diese Divertikel kommen ebensowohl am Dünn- wie am Dickdarm, gewöhnlich in großer Zahl (bis zu 100), sowohl an der mesenterialen Kante des Darmes, als auch ihr gegenüber, auch in der Weise vor, daß sie mit der Nachbarschaft (Bauchwand, Blase, Netz) verwachsen, wie es sicher ist, daß sie kongenital in Bruchsäcke, besonders der Schenkelhernie, einwachsen. Beschwerden rufen sie hier keineswegs jedesmal hervor (Harms). Auf das bestimmteste wird die Abhängigkeit dieser Variante von geschwürigen Prozessen des Darmes in Abrede gestellt; beide Arten, die mesenterialen wie ihr Gegenüber, sind tierähnliche Leistungen der Entwicklungsperiode und zur Erkrankung genau in demselben Grade wie der übrige Darm disponiert.

Die Spiralen des geraden Rohres (Ascendens) werden in der Darmwand selbst angelegt, nicht durch Drehung des Rohres um seine imaginäre Achse erzeugt. Es geht daraus hervor, daß das Gekröse sich nicht mitgedreht hat, also den Darm nicht einwickelt. Bei der Schlinge aber ist das Gekröse gleichsinnig der Schlinge gedreht. Im übrigen müssen alle diese Varianten ebenso wie die hier nicht angedeuteten (Situs inversus, angeborene Darmcysten, Eingang von Darmschlingen in Löcher und Spalten des Gekröse usw.) auf die früheste embryonale Zeit, auf jene zurückverlegt werden, während welcher der entsprechende Abschnitt des Darmes entsteht; die Spirale des Ascendens z. B. auf die Periode des noch geraden (Nabel-) Darmes, die Spirale des S romanum auf den 3—5 Monat usw. Was wir endlich augenblicklich von tierischen Knickungen, Spiralen, Divertikeln usw. kennen, wird auch nach Tarenetzky und vor allem der gediegenen Arbeit Oppel's, in dessen Lehrbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie zusammengetragen.

Die moderne Lehre von der Enteroptose (spät erworbene Erschlaffung des Bauchfelles und seiner Bänder, infolge deren die Eingeweide absinken, und Umgestaltung der Form und Lage der Eingeweide mit Kachexie usw.) hat als verunglückte, in der Luft schwebende Spekulation zu gelten. Soweit es experimentell möglich ist, bewiesen Wolkow und Delitzin, daß dieser Lehre der beweglichen und wandernden Niere gegenüber gar keine Berechtigung innewohnt, und nach ähnlichem Schema die wandernde Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse u. a. zu deuten, hindern schwerwiegende Einwendungen der ver-

gleichenden Anatomie, gelegentlich deren nicht nur auf die wandernden Organe überhaupt, sondern auch auf die Dehnung und Verschiebung des Bauchfelles und auf die Erweiterung der Därme zurückgegriffen wird. Ganz und gar unverständlich aber ist, wie enteroptotisch die Radix absinken oder Situs 1, 3 usw. mitsamt Divertikeln und ähnlichem zustandekommen sollen — nur in Würdigung der Tierreihe verständliche Bilder, welche als besonders charakteristische Folgen von Zerrung, Innenbelastung, Infektion usw. z. B. Glénard hinstellt. Nicht einmal neu ist die Lehre, da mit ihrem Inhalt bereits das 16. Jahrhundert (Benevoli), später Scarpa, allerdings gewandter als die Modernen operierten, um das Wesen der Brüche zu ergründen; unbestritten aber bleibt die Verschieblichkeit des Bauchfelles, die Möglichkeit, dieses nach Ernährungsstörungen oder Infektion zu recken und die Därme auszudehnen. Jedoch behalten dabei der Darm die Form, die Ligamente ihre Länge (Mall, Harms).

Die Klinik dieses sehr umfänglichen und wichtigen Gebietes liegt noch im argen; sie wird nur vom Boden der Gruppenbildung aus entwickelt werden können. Der Versuch, dieses am S romanum zu zeigen (Hft. I der Arbeit), soll wiederholt werden (Zentralblatt Nr. 14, 1905). Ihm wird die klinische Geschichte der Spiralen und Knickungen des Ascendens folgen. Treves zeichnete in der »Darmobstruktion« das klinische Bild der Dickdarminvagination in einer Weise, die Anerkennung verdient, trotzdem aber sich verschärfen läßt, während die Zeichen der Invagination des Dünndarmes nicht so bestimmt hervortreten, wahrscheinlich aber gleich den Einklemmungen in Löchern und um Bänder herum an der Hand Röntgen's leichter sich werden verstehen lassen. Für die Einklemmungen durch Meckel's Divertikel ist neben anfangs stürmischem Erbrechen und nur mäßigem Meteorismus die nicht deutliche, sehr schmerzhafte Geschwulst zu Seiten des Blinddarmes, vielleicht auch eine Querfurche der Decken über letzterem charakteristisch. Allerdings ähneln dieser Abklemmung jene in den pericaecalen Taschen; doch sind diese überaus selten. Endlich stellen das allermißlichste in klinischer Beziehung die spiralen Drehungen des Dünndarmgekröses (s. oben) vor, gleichgültig ob sie den Dickdarm mit betreffen oder freilassen. Auf alle Fälle und namentlich im differentiell-diagnostischen Interesse muß die Erscheinungsreihe der (erworbenen) tuberkulösen, aktinomykotischen usw. Stenosen dem Kliniker geläufig sein. Verf. kann auch für diese Gruppe sehr scharfe Bilder in Aussicht stellen.

III. Topographisches. Ausgangspunkt topographischer Bestimmung des Darmes hat das Duodenum zu sein. Man vergißt, daß dieses gelegentlich im Brustraum, andere Male im inguinalen Bruchsack gefunden wird. Weil beide Extreme aber selten sind, ließe sich als Durchschnittslage jene Addison's, auf dem 2. und 3. Lendenwirbel, jedoch mit dem Zusatz verteidigen, daß weitere Aufnahmen dazu zwingen könnten, als Grenze auch noch den 1. und 4. Lendenwirbel

zu berücksichtigen (Corleis). So würde die Wagrechte durch den Punkt, an welchem 8 und 9 Rippenknorpel zusammenstoßen, dem oberen Teil des lotrechten Duodenumschenkels, die durch diese Wagrechte gelegte Ebene der ersten lumbalen Intervertebralscheibe entsprechen (Addison). Das unterste Duodenum schneidet die Wagrechte zwischen den beiden höchsten Punkten der Crista Ilei, und ist das Duodenum rechts gekehrt, so haben wir seinen lotrechten Schenkel 7 cm rechts, die Flexura duodeno-jejunalis 3 cm links von der Aorta zu suchen. Die Nieren folgen dem Duodenum — ihr Hoch- und Tiefstand entspricht dem Hoch- und Tiefstand des Duodenum (Addison). Rücksichts der Dickdarmflexuren läßt sich dieses jedoch noch nicht behaupten. Vgl. die sehr variable Einordnung dieser letzteren, der Flexura duodeno-jejunalis und der Radix, die sehr variable Länge und Gestalt des Dünndarmgekröses im Original.

Von Situs 2 an wird durch das Duodenum auch die Lage der Flexura Coli dextra bestimmt. Diese Flexur ist wie die lienale bleibend und eine dextra, weil das Duodenum, entsprechend dem Alter des Embryo, immer mehr rechts sich kehrt. Dem Duodenum aber folgt das Lig. colico (cystico-) duodenale, das verschieden lange Aufhängeband dieser Flexur. Erst im Situs 5 kommt es, auswärts von letzterer, zu einer neuen, rechten Dickdarmflexur, der Flexura coli hepatica (Lig. hepato-colicum) an der rechten Leberkante bzw. auswärts von ihr. Tritt dann das Ascendens von hier aus, wie gewöhnlich, im rechten Winkel ab, so ist die für die Art. und Ven. mesenterica, den Harnleiter und die Niere wichtige Waldeyer'sche Kolon- oder Duodenumnische gegeben. Im Situs 4 kommt es zu dieser Flexura hepatica nicht; das Colon zieht vielmehr vom Duodenum gemeinhin nach rechts unten, unter etwa 45° zum Nierenpol oder -hilus, und praktisch wichtig, namentlich auch für Gallenblasen- und Pylorusoperationen ist nun die Lebernierennische, der bisher nicht gewürdigte Raum rechts vom Ascendens, oberhalb des Kolon und unterhalb der Leber, mit dem Pylorus, der Gallenblase, dem Duodenum, Foramen Winslowii, der Niere, Leberunterfläche usw. Auch der Praktiker muß also die verschiedene Ausgestaltung der rechten Kolonpartie kennen, und es bleibt zu verwundern, daß sie ebensowenig auffiel, wie, gelegentlich der Appendixoperation[2], der wechselnde Stand des Blinddarmes. Im Situs 1 entspricht dieser, falls es kurzgeknickt an das Kolorektum anschließt, der Linie zwischen den Darmbeinkämmen und der Aorta; falls es weithin sich schlängelt, dem kleinen Becken, der rechten, selbst linken Darmschaufel oder Bruchsäcken am Becken. Allemal aber scheint er hinter dem Dünndarm zu halten,

[2] Gegensätzlich zu Schridde (Virch. Arch. 1904. Bd. CLXXVII) wird in dieser Arbeit das appendixlose Caecum als nicht selten erklärt (jeder Operateur muß es gesehen haben) und der Vergleich mit dem tierischen Caecum, gelegentlich dessen S. doch wenigstens Klaatsch erwähnen mußte, auf diese und jene Species nicht beschränkt. »Atavismen« aber läßt S. nur an rudimentären bzw. geschwundenen Organen zu.



so daß er selbst im Falle der sehr gewöhnlichen divertikulären Erweiterung nur schwer sich bestimmen läßt. Das Caecum des Situs 2 und 3 liegt fast immer über den Dünndärmen, unmittelbar hinter dem Nabel oder rechts von ihm, jenes des Situs 4 am häufigsten, auch wenn es sackartig ist, über der oberen Nierenhälfte, seltener an den früher erwähnten Stellen. Endlich sind sehr seltene Varianten des Darmschaufelcaecum 5: das Caecum unmittelbar unter der Leber, oder der Sack von der hepatischen Flexur hinüber zur linken Zwerchfellkuppel, endlich das Caecum des kleinen Beckens. Genaueres im Original.

IV. Eingeweidebrüche. Findet sich beim Neugeborenen auch nicht die Spur des Zwerchfelles, ein Zustand, welcher von den Praktikern ebenfalls als Hernie bezeichnet wird, so ist das Ausdruck doch nur des ungeteilten Coelom. Ebenso bedeuten die größeren Bruchpforten: Ausfall des seitlich hinteren Zwerchfelles, Spalten zwischen Portio sternalis und costalis, daß das menschliche Zwerchfell nicht jedesmal, gleich jenem der Säuger, als lückenlose Platte, sondern auch in der Architektonik der Prämammalien übererbt wird; nacheinander also als Perikard, mit diesem als parietales Gekröse, als ventrales und erst zuletzt auch als dorsales Zwerchfell in die Erscheinung tritt. Entsprechend diesem Anstieg entwickelt sich denn auch das embryonale menschliche Zwerchfell, und daß das Verständnis des Zwerchfellbruches nur vom Boden der Vergleichung sich anbahnen läßt, lehren auch noch die häufigen Zugaben: der in seiner Form sehr tief stehende Darm, Lappungen der Leber, Niere, Milz, die Auflösung der Milz in Segmente, Fehlstellen des Septum atriorum u. v. a. Wenigstens der vergleichende Anatom wird diese Dinge als Eingeweidebruch niemals einschätzen wollen.

Heft 5 p. 78 finden sich die Arbeiten des Verf. und seiner Schüler über die unzweifelhaft angeborene Diastase der Linea alba, deren ungeahnte Häufigkeit und bildliche Ausgestaltung. Ist die Diastase nicht erkrankt, so folgt sie selbstverständlich und genau wie die seitliche Partie der Bauchdecke der Atmung, aber niemals in dem Grade, daß, breitet sich Diastase z. B. im Niveau der hinteren Rectusscheide als Fläche aus, aus ihr die weit vorgewölbte Mulde zwischen Brustbein und Symphyse sich herleiten ließe. Im Gegenteil, das ursprüngliche Niveau bleibt selbst bei Knechten, welche bis ins 70. Jahr hinein die bekannten Dreizentnersäcke tragen. Es muß also die Mulde von der Geburt an dagewesen sein, wie noch das gleichzeitig zu lange Gekröse und der sehr voluminöse Darm an ihm erhärten. Wiederum anderes bedeutet das scharf umrandete angeborene Loch der Diastase bzw. Linea alba, bald vom Umfange der Fingerspitze, so daß es übersehen wird, bald vom Umfange des Schröpfkopfhalses usw. Randlipome weisen auf den möglichen spontanen Verschluß solcher Lücken hin, während durch die nicht verödeten, bald hautwärts offene, bald hier vollständige Trichter des Bauchfelles hindurchgehen. Beide können leer bleiben, enthalten gewöhnlicher aber Netz und diese oder jene

Dünndarmschlinge, äußerst selten ein Stück Magen. Das Original zählt verschiedene, wahrscheinlich nicht alle Gründe auf, warum diese Brüche sich vergrößern. Regelmäßig aber vergrößert sich nur der Bruchsack, nicht der Bruchsackhals, das Loch selbst, und in der Linea alba ebensowenig, wie an der seitlichen Bauchwand, an welcher die gleichen Mulden- und lochförmigen Brüche vorkommen, entspricht die Bruchpforte einer schwachen Stelle der Wand, etwa dem (immer bruchfreien) Petit'schen oder Lesshaft'schen Dreieck, vielmehr zunächst einer Inscriptio tendinea, in der Wagrechten also dem Raume zwischen zwei Metameren; sodann in der Lotrechten sehr wahrscheinlich (embryonalen) Segmentallücken, welche kurz Pori genannt werden, auch auf die Intersegmentalorgane oder Nephridien der niederen Tiere bezogen werden müssen, augenblicklich aber bis zu den Säugern hinauf nicht verfolgt worden sind und an diesen sehr wahrscheinlich, ähnlich wie die Gastrula, nur sehr flüchtiger Natur sein werden. Auf keinen Fall entsprechen diese Pori nur einer einzigen Lotrechten, und es liegt kein Grund vor, anders als die Bauchwandbrüche, die Brüche in Nähe des Beckens aufzufassen — auch die inguinalen, cruralen, obturatorischen usw. sind Metameren- und Porusbrüche. Selbst die Andeutung der Mulde findet sich bisweilen wenigstens bei inneren Inguinalen. Wegen der komplizierten Beziehungen des Darmes und der Gekröse zum Bruchsack sei auf die Originale verwiesen. Diese behaupten u. a. die Selbsttätigkeit, d. h. den von vornherein intendierten Eingang in den Bruchsack (oder dessen nächste Nachbarschaft) im Fall des Dickdarmbruches, und den Lochbrüchen gegenüber, welche Dünndarm enthalten, nicht nur ein sehr langes, sondern auch zungenförmig vorspringendes, mit dem Darme selbsttätig vordringendes Gekröse, wie wir es wahrscheinlich bei niederen Affen wiederfinden werden. Nach englischer Aufnahme tragen solche Affen Eingeweidebrüche zwar sehr häufig, aber doch nicht als Arteigentümlichkeit, als Erscheinung jedes einzelnen Gliedes der betreffenden Spezies. Auf eine solche Vollzähligkeit wird daher bei Nagern und Beutlern eher, bei jenen Familien derselben gerechnet werden dürfen, bei welchen der periodische Descensus Testiculi gemeinsam und gleichsinnig mit dem Darme sich vollzieht. Erst nach diesem wird sich über Wesen und Sinn der Lochbrüche urteilen lassen. Endlich kommen abermals andere Gesichtspunkte den sog. inneren Eingeweidebrüchen gegenüber in Frage — das embryonale Einwachsen des nachbarlichen Darmes in jedesmal oder nur zuweilen vorhandene, nach tierischen Vorbildern gestaltlich wechselnde Taschen des Bauchfelles: bei der Hernia duodenojejunalis, pericaecalis, Foraminis Winslowii, bei der Hernie um die Haftlinie des S romanum herum und bei der Hernia paracolica (p. 259).

Bestätigt sich das hier vorgetragene, so werden wir mit mehr als 2000 Jahre alten Vorstellungen zu brechen und die Anatomie, Klinik und Therapie des Bauchraumes in vielem neu zu gestalten, u. a. auch dessen uns zu erinnern haben, daß, angesichts der schlechten Erfolge der Radikaloperation, schwierigeren Mulden- vor allem aber Lochbrüchen

gegenüber, das Prinzip der Auslese und Zuchtwahl beim Menschen ebenfalls Beachtung verdient. (Selbstbericht).

9) Ortiz de la Torre. La experiencia de 500 hernias operadas.

Madrid 1905.

Auf Grund einer Erfahrung von 525 operierten und mehreren Tausend untersuchten Hernien schildert Verf. die Anschauungen, die er sich betreffs Ätiologie, Therapie und Prognose dieser Erkrankung gebildet hat. Die Hauptpunkte des sehr ausführlich geschriebenen Buches seien hier wiedergegeben: Im großen und ganzen kommen in Spanien weniger Hernien zur Operation als in den übrigen europäischen Ländern. Der Grund ist darin zu suchen, daß die Bevölkerung über die relative Ungefährlichkeit der Operation nicht genügend informiert ist, und daß die Zahl der Bandagisten und Laienorthopäden, die den Kranken Bruchbänder und ähnliche Apparate verkaufen wollen, eine ganz besonders große ist. Die Operation einer nicht eingeklemmten Hernie darf nur da vorgenommen werden, wo die Asepsis eine durchaus sicher erprobte ist. Die Allgemeinnarkose kann durch lokale Anästhesie ersetzt werden, namentlich bei Herzkranken, Diabetikern, Tuberkulösen und Personen in sehr vorgerücktem Lebensalter. Die Resultate der Operation werden von den verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben; es wird meist der große Fehler gemacht, daß die Statistiken zu kurze Zeit nach der Operation aufgestellt werden; dann beweisen sie aber gar nichts in bezug auf das Rezidiv. Durchschnittlich kann man 10% Rezidive rechnen; aber auch diese Zahl ist nur sehr approximativ und kann keine Rolle spielen bei dem Entschluß zur Operation. Denn die Ursachen der Rezidive sind zu verschieden, als daß man sie alle unter einen Hut bringen könnte. T. unterscheidet drei Gruppen von Ursachen: die erste Gruppe betrifft den Bruch selbst, d. h. seine Größe, sein Alter, die Verwachsungen des Inhaltes mit dem Bruchsack, die Größe der Öffnung des Leistenringes, die Schlaffheit der Bauchmuskulatur. Besonders der letzte Punkt ist sehr wichtig und kann bei der technisch geschicktesten Operation zu einem baldigen Rezidiv führen. Wenn die Schlaffheit sehr hochgradig ist, so kann man in ihr eine Kontraindikation zur Operation finden. Die zweite Gruppe betrifft die Fehler bei der Operation. Es ist verkehrt, wie dies viele tun, eine Methode der Operation als die beste und allein gültige zu betrachten. Die anatomischen Verhältnisse der Hernien können so verschieden sein, daß ein Verfahren ein durchaus gutes Resultat ergibt, wo ein anderes ganz und gar versagt hätte. Die meisten Rezidive findet man auch auffälligerweise bei den Autoren, die sich auf ein bestimmtes Verfahren eingeschworen haben. Die dritte Gruppe betrifft das Verhalten der Kranken nach der Operation; sie bilden das Hauptkontingent aller Rezidive. Denn die wenigsten Pat. sind in der Lage, so lange sich ruhig zu verhalten, als dies zur völligen Vernarbung der Wunde (d. h. der inneren) nötig und tunlich wäre.

Es wäre notwendig, daß jegliche Muskelanstrengung wenigstens 2 Monate lang vermieden würde. Dann müßten erst ganz allmählich leichte und später stärkere Anstrengungen gestattet werden. Dies ist aber in der Praxis nicht durchführbar. Unbedingt sollte auch noch längere Zeit ein Bruchband getragen werden; T. hält die Bedenken, die hiergegen von mancher Seite geäußert werden, für rein theoretisch und hat in der Praxis niemals irgendwelche Schädigung durch das Tragen des Bruchbandes beobachtet; im Gegenteil, er glaubt, daß die durch das Bruchband ausgeübte Kompression als Massage wirkt und Zirkulation und Vernarbung befördert. — Sehr wichtig ist es, jede katarrhalische Neigung, die mit Husten verbunden ist, während der Rekonvaleszenz von der Operation zu bekämpfen. Besonders hartnäckiger chronischer Husten kann eine Kontraindikation zur Operation sein.

Die Indikationen zur Operation liegen teils in der anatomischen Beschaffenheit des Bruches, teils in den sozialen Altersverhältnissen des Kranken. Die angeborenen Brüche heilen sehr häufig ohne Operation; wenn der Bruch klein ist und nur bei sehr heftigen Anstrengungen der Bauchpresse hervortritt, genügt es meistens, der Mutter zu zeigen, wie er sich mit Hilfe der Finger leicht zurückhalten läßt. Zeigt der Bruch aber Neigung sich zu vergrößern, so ist die Operation am Platze. Wird ein Bruchband beim Kinde verordnet, so ist erst festzustellen, ob der Hoden herabgetreten ist; denn das Gegenteil wäre natürlich eine Kontraindikation. Verf. empfiehlt für sehr kleine Kinder Bruchbänder mit Gummiballpelotten, für Kinder, die älter sind als 2 Jahre, die gewöhnlichen Federpelotten. Sehr junge Kinder sind nur infolge dringender Indikation, wie Koliken, Intoleranz für das Bruchband usw., zu operieren. Das jüngste vom Verf. operierte Kind war 6 Monate alt. Nach der Operation wird zur Vermeidung der Infektion am besten eine antiseptische Paste (Bismut.) aufgetragen, da Jodoform zu leicht Dermatitis erzeugt. Das Jünglingsalter liefert die besten Operationsresultate; eine Spontanheilung ist nun nicht mehr zu erwarten, und die kleinen Brüche sollen ebenso operiert werden wie die größeren, denn sie neigen noch mehr als die letzteren zur Einklemmung.

Was die Technik der Operation betrifft, so macht T. bei Kindern, wenn es sich um beginnende oder interstitielle Hernien handelt, eine einfache Fältelung der Aponeurose des Obliquus int. In den ganz leichten Fällen wird dabei der Bruchsack überhaupt nicht berührt. »Die Operation verengert den Leistenkanal und verschließt die Bruchpforte wie ein inneres Bruchband.« Die Fältelung und Vernähung der gebildeten Falte erfolgt über einer in den Leistenkanal eingeschobenen Sonde oder geschlossenen Schere, oder dem von T. hierzu besonders angegebenen Instrument. Diese Fältelung verbindet T. auch häufig mit anderen Methoden der Operation, die er beim Erwachsenen anwendet. Unter diesen bevorzugt er am meisten die Bassini'sche, ohne indessen die anderen zu vernachlässigen; nur über die Verfahren der Amerikaner und auch das Kocher'sche urteilt er absprechend.

Für die Operation der Schenkelbrüche wird das Verfahren des Italieners Ruggi am meisten empfohlen, das darin besteht, daß der Bruchsackhals durch die hintere Wand des Leistenkanales geführt wird.

Die Frage der traumatischen oder Unfallhernie wird ausführlich behandelt. Die spanische Gesetzgebung erkennt keinen Unterschied an zwischen bestehender oder durch Unfall herbeigeführter Hernie. In jedem Falle wird bei einfacher Hernie eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit von 12%, bei doppelter von 18% angenommen. Schenkel- oder Leistenbrüche gelten dabei gleich. T. glaubt, daß diese gesetzliche Festlegung deswegen zustande kam, weil die Ärzte dabei zu wenig gehört wurden. Er hält selbst die rein traumatische Hernie, die ohne vorherige Disposition zustande kommt, für eine extreme Seltenheit. Er hat in 25jähriger Praxis, während welcher Zeit er auch Arzt der Nordeisenbahn war, die 20000 Menschen beschäftigt, keinen einzigen Fall gesehen. **Stein** (Wiesbaden).

Kleinere Mitteilungen.

10) **Brunet** (Berlin). Über epitheliale Schläuche und Cysten in Lymphdrüsen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 1.)

B. hat bei der Untersuchung der regionären Beckendrüsen, welche bei der abdominalen Krebsoperation des Uterus entfernt worden waren, viermal jene eigentümlichen cystischen Einschlüsse gefunden, welche man zuerst wegen der epithelähnlichen Auskleidung zum Teil als Karzinomausläufer (Wertheim), zum Teil als Abkömmlinge des Wolff'schen Körpers ansprach, bis R. Meyer sie als umgewandelte Lymphgefäßabschnürungen nachwies, die auch bei Beckeneiterungen sich finden. — Ref., der bereits früher die gutartige Natur dieser Epithelschläuche betonte, konnte inzwischen an drei weiteren Fällen sich von der Richtigkeit der Meyer'schen Anschauung, der übrigens auch alle anderen Untersucher zugestimmt haben, überzeugen. Auch B. betont die vom Uteruskarzinom unabhängige Selbständigkeit der Lymphräume, welche sogar zuweilen wirkliche Geschwülste, »Lymphangioendotheliome«, bilden können (Sick). **Kroemer** (Gießen).

11) **W. H. Watters.** Sutures and their preparation.

(New York med. record 1906. Januar 6.)

W. empfiehlt die Catgutsterilisation unter Druck nach Wesselhöft (in einem hermetisch verschlossenen, mit Alkohol gefüllten Behälter, der 1 Stunde im Wasser gekocht wird). **Loewenhardt** (Breslau).

12) **Krause-Détert.** Schlingenführer mit stets geöffneter Schlinge für Kehlkopf, Nase und Ohr.

(Ärztl. Polytechnik 1905. Nr. 8.)

Obiges Instrument hat den Vorteil bequemen Einfädelns, leichter Handhabung und ist in seinem Rohrteile vorn platt, geschlossen und mit zwei seitlichen Öffnungen versehen, welche die Drahtschlinge stets schön entfaltet vortreten lassen.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

13) **H. Cushing.** Arteriovenous aneurysm of the occipital vessels.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Dezember 23.)

C. exstirpierte ein großes Aneurysma, das sich von der Hinterhauptsgegend, oberhalb des Ohres, bis zur Schläfen- und Stirngegend erstreckte. Das Präparat

zeigt eine feine Kommunikation zwischen Arteria und Vena occipitalis, durch stumpfe Gewalt entstanden. C. hat in der Literatur keinen zweiten Fall von Aneurysmabildung zwischen diesen beiden Gefäßen gefunden. Eine Übersicht über Pathologie und Therapie der Aneurysmen und über die neuesten Arbeiten über Gefäßnaht schließt den Bericht. **Lengemann** (Bremen).

14) **Pflaumer.** Tratamiento quirúrgico de la parálisis facial.

(Revue de la soc. med. Argentina 1905. Nr. 75.)

Bei einem Kranken, der nach einer Radikaloperation wegen Otitis med. purul. eine komplette linksseitige Facialislähmung zurückbehalten hatte, wurde 3 Monate nach der Durchschneidung des Facialis eine Anastomose zwischen dem peripheren Facialisende und dem Nerv. accessorius hergestellt. Der Facialis wurde in unmittelbarer Nähe des Proc. styloid. aufgesucht, der Accessorius unterhalb des oberen Drittels des Musc. sternocleidomastoideus; zur Verbindung beider mußte der Musc. digastr. vollkommen durchtrennt werden. Das Resultat war ausgezeichnet. Es wurde dauernd galvanisiert, und 3 Monate nach der Operation traten bei galvanischer Reizung die ersten Zuckungen im Bereiche des Compressor lab. super. auf; bald darauf vermochte Pat. zu pfeifen; es folgten nach und nach die übrigen kleinen Gesichtsmuskeln und zuletzt, 18 Monate nach der Operation, der Frontalis. Die Asymmetrie des Gesichtes ist fast vollständig beseitigt. Der einzige Nachteil der Methode besteht darin, daß bei heftiger Bewegung der Gesichtsmuskulatur eine Kontraktion des Cucullaris nicht vermieden werden kann; umgekehrt tritt eine leichte Zuckung in der Gesichtsmuskulatur auf, sobald der linke Arm vertikal erhoben wird. **Stein** (Wiesbaden).

15) **De Pena.** Litiasis de canal de Warton dando origen à una angina de Ludwig.

(Revue med. del Uruguay 1905. Nr. 12.)

Ein 30jähriger Mann erkrankte mit einer Angina Ludovici allerschlimmster Form. Der Allgemeinzustand war, als er in das Krankenhaus kam, besorgniserregend. Die Untersuchung zeigte, daß im linken Ductus Wartonianus zwei harte Speichelsteine steckten, deren einer rund war und einen Durchmesser von 2 mm hatte, während der andere eckig war und 2—3 mm im Durchmesser maß. Nach Entfernung derselben, wozu nur eine kleine Inzision nötig war, trat Heilung in ganz kurzer Zeit ein. **Stein** (Wiesbaden).

16) **F. Roubitschek.** Zur Kasuistik der Trichterbrust.

Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IV. Hft. 1 u. 2.)

Nach einem Überblick über die ätiologischen Fragen der angeborenen und erworbenen Trichterbrust veröffentlicht R. drei weitere Fälle von Trichterbrust aus der Vulpius'schen chirurgisch-orthopädischen Klinik in Heidelberg. Einmal war die Trichterbrust angeboren, zweimal im späteren Alter erworben, und zwar im 5. resp. 12. Lebensjahre. Während der erste Fall von angeborener Trichterbrust keine Besonderheiten bietet und das ätiologische Moment der Difformität (vitium primae formationis, Druckdifformität, fötale Rachitis) unsicher bleibt, wird die ätiologische Seite der beiden anderen Fälle von erworbener Trichterbrust ausführlicher behandelt.

In dem einen Fall ist es nicht ausgeschlossen, daß die Difformität in unmerklichem Grade schon bei der Geburt bestanden hat, aber nicht weiter beobachtet ist. Jedenfalls darf zur Beantwortung der ätiologischen Frage eine überstandene schwere Rachitis nicht außer Acht gelassen werden. Denn wenn auch die Rachitis in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ganz entgegengesetzte Mißstaltung der Brust hervorbringt (Pectus carinatum), so kann es doch unter besonderen Verhältnissen, die vielleicht in einer eigentümlichen Lokalisation der Rachitis oder in einer verschiedenartigen funktionellen Inanspruchnahme des Skelettes zu suchen sind, zu einer trichterförmigen Neubildung der vorderen Brustwand kommen, zu-

mal an den unteren Extremitäten sowohl rachitische Adduktionskrümmungen als auch Abduktionsbiegungen beobachtet werden.

Im anderen Falle ist die Difformität als Folge eines pathologischen Prozesses im Brustraum, einer überstandenen Mediastinitis anzusehen, und zwar derart, daß Verwachsungen mit dem noch weichen nachgiebigen Brustbeine durch narbige Schrumpfung dessen untere Partie, die im Gefüge des Brustkorbes eine recht lockere Verbindung aufweist, mit in die Tiefe gezogen haben.

Therapeutisch empfiehlt R. Atemgymnastik, dauernden Zug an Heftpflasterstreifen, die, in die Vertiefung eingeklebt, den Trichter abflachen sollen. Bei schweren Zirkulations- und Respirationsstörungen ist ein blutiger Eingriff, der in Durchtrennung und Hebung der verbogenen Teile besteht, angezeigt.

Hartmann (Kassel).

17) **Gibbon.** Successfull suture of a penetrating wound of the heart. (Journ. of the amer. med. assoc. 1906. Februar 10.)

38jähriger Neger war mit einem Messer außer an belanglosen Stellen auch in der Herzgegend gestochen. Er hatte zuerst noch gehen können, war dann bewußtlos geworden und so ins Krankenhaus 1 Stunde nach der Verletzung eingeliefert. Bei dem tief bewußtlosen Manne bestand hochgradige Cyanose und Atemnot, er war pulslos, die Herztöne unregelmäßig, Herzdämpfung sehr vergrößert, Stichwunde in Höhe des 4. linken Rippenknorpels. Unter Stimulantien besserte sich das Befinden zunächst, nachher Zeichen der Herzkompression. Daher Operation. Der 4. linke Rippenknorpel war durch den Stich völlig quer durchtrennt, die Öffnung im Herzbeutel ließ den Zeigefinger eindringen, wurde erweitert und massenhafte Blutgerinnsel aus dem Herzbeutel entfernt, worauf sofortige Besserung der Herztätigkeit eintrat. Die etwa 18 mm lange Stichwunde saß im rechten Ventrikel nahe dem Herzohre, war wegen der Blutung schwer zu finden. Zu ihrer Naht mußte das Herz von hinten mit zwei Fingern in die Wunde gedrängt werden, zwei Halteschlingen leisteten gute Dienste. G. nähte durch die ganze Wanddicke mit Catgut. Ein Mullstreifen wurde von der Nahtlinie aus der tamponierten äußeren Wunde herausgeleitet. Am 2. Tage nach der Operation trat durch mangelhaften Sekretabfluß eine Stauung desselben im Herzbeutel ein, wodurch bedrohliche Zeichen der Herzschwäche entstanden, die nach Entleerung der Flüssigkeit sofort schwanden. Der Herzbeutel schloß sich von selbst, die äußere Wunde wurde sekundär genäht. Entlassen 3 Wochen nach Verwundung; hat seitdem schwere Arbeit ohne irgendwelche Beschwerden verrichtet. **Trapp** (Bückeburg).

18) **C. Hüter und Karrenstein.** Eine Mischgeschwulst (Osteoidsarkom) der weiblichen Milchdrüse. (Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 495.)

Die faustgroße Geschwulst, die im Zentrum eine hühnereigroße, mit hämorrhagisch-nekrotischen Massen angefüllte Cyste enthielt, stammte von einer 37jährigen, früher stets gesunden Frau. Sie soll, indes wesentlich kleiner, schon ca. 10 Jahre bestanden, aber niemals Schmerzen verursacht haben. Die Cystenwand war ca. 4 cm dick, setzte sich gegen das Brustdrüsengewebe gut ab und war von graurötlicher, weicher, stellenweise auch harter Beschaffenheit. Eine zweite kleinere hämorrhagische Erweichungscyste lag an der Grenze von Geschwulst und Drüsengewebe. Ferner befand sich an dieser Grenze noch ein kirschgroßer, grauer, mit gelblichen Einsprengungen versehener Knoten, von derberer Konsistenz als das umgebende Gewebe. In der Achselhöhle fanden sich zahlreiche Metastasen. Auch traten einige Monate nach der Amputation der Brustdrüse lokale Rezidive in der Nähe der Narbe ein. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Geschwulst aus Sarkomgewebe mit Riesenzellen und rudimentärem Knochen, und daneben in den peripheren Knoten aus Schleimgewebe bestand. Auf Grund dieses Befundes, dessen nähere Details im Original einzusehen sind, erklären Verff. im Sinne von Borst das Entstehen der Geschwulst aus einer multiplen Keimanlage der Brust.



Sie nehmen einen Mammamesenchymkeim an, der zur Bildung des Myxoms führte, und einen vom Skelettsystem, vielleicht dem Periost einer Rippe abgesprengten Keim, der sich zu einem Osteoidsarkom entwickelte. Bei dem ersteren war die Wachstumsenergie sehr gering; das Myxom erreichte nur Kirschgröße und blieb 10 Jahre unverändert. Das Sarkom hatte rapides Wachstum und führte trotz mehrmaliger Operation rasch zum Tode. **Doering** (Göttingen).

19) **Hannes** (Breslau). Welchen Prinzipien müssen wir zwecks Erzielung einer exakten Laparotomienarbe folgen?

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 3.)

H., welcher das Laparotomiematerial der Breslauer Frauenklinik vergleichend zusammenstellt und offenbar sehr sorgfältige Nachuntersuchungen der Operierten vorgenommen hat, tritt in dieser Arbeit sehr für eine exakte Schichtnaht ein: Bauchfell und tiefe Fascie werden jetzt, seit Oktober 1901, in der Küstner'schen Klinik mit fortlaufendem Cumolcatgutfaden genäht, die übrigen Schichten: »obere Fascie, Haut und Fettgewebe« mit der Heppner'schen Achtertournaht, zu welcher H. Aluminiumbronze empfiehlt. Die kleinere, tiefe Schlinge des Drahtfadens faßt die Fascie, die größere, obere Schlinge Fettgewebe und Haut. Vom Januar 1900 bis Oktober 1901 wurden die Bauchdecken in anderer Weise geschlossen (»Catgutknopfnähte für Bauchfell und Fascie, Silkwormgut- oder Drahtknopfnähte für die Haut«). In sehr anzuerkennender Weise zeigt H. durch offenherzige Mitteilung der Dauerresultate, daß der Breslauer Frauenklinik die Vermeidung postoperativer Hernien immer noch nicht ganz gelungen ist. Immerhin hat sich in den Jahren seit 1901 — wie H. meint infolge der veränderten Technik — die Statistik erheblich gebessert. Für die Serie 1900—1901 betrug die Zahl der postoperativen Hernien bei isolierter Fasciennaht 13,7%, von 1901—1904 bei Anwendung der Achtertournaht nur 5,7%. Die Versuche, durch veränderte Schnittführung (suprasymphysärer Kreuzschnitt und Fascienquerschnitt) die Resultate noch zu verbessern, führten zu keinem positiven Resultate. — Ref., welcher die Vorzüge und Nachteile der Achtertournaht aus Erfahrung kennt, glaubt, daß allein die exakte Schichtnaht und besonders die Fascienvereinigung ausschlaggebend ist. Der suprasymphysäre Fascienquerschnitt ist nach chirurgisch theoretischen Erwägungen und nach den praktischen Erfahrungen des Ref. noch immer der richtigste Weg, die Narbenbrüche möglichst auf Null herabzusetzen. **Kroemer** (Gießen).

20) **O. Polano** (Würzburg). Zur Entstehung maligner Bauchdeckentumoren nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 2.)

P. bespricht die bisher veröffentlichten sieben Fälle von bösartigen Bauchdeckengeschwülsten nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste. Es sind ihm bei dem Studium der Literaturangaben Zweifel aufgestiegen, ob diese sogenannten Rezidive mit Recht in Zusammenhang mit der ursprünglichen Eierstocksgeschwulst gebracht werden. Er fügt die Beschreibung eines eigenen Falles hinzu, in welchem nach Entfernung der Eierstocksgeschwulst eine völlig davon unabhängige, metastatische Geschwulst in den Bauchdecken im Vordergrunde des klinischen Interesses stand. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab als Kern der metastatischen Geschwulst die charakteristischen Bestandteile eines Gallertkarzinoms — ausgegangen vom Magen.

P. glaubt, daß man bei Beurteilung derartiger sogenannter Rezidive folgende vier Möglichkeiten zugeben muß:

1) Entweder ist es eine Umwandlung ruhender, ursprünglich gutartiger Geschwulstelemente zu bösartiger Proliferation,

oder 2) die primäre Eierstocksgeschwulst war bereits bösartig (unzureichende oder unmögliche Diagnose),

oder 3) eine nicht ovarielle Bauchgeschwulst metastasiert unabhängig von dem Eierstockskystom,

oder 4) endlich die Bauchdeckengeschwulst ist ein primärer Urachus-Dottergangskrebs.

Kroemer (Gießen).

21) **Fleischmann** (Wien). Teratoma peritonaei mit ausgebreiteten Disseminationen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 2.)

F. bringt einen interessanten Bericht über multiple Teratomaussaat im gesamten Peritonealbereiche. Bei einer 22jährigen Pat. waren durch Palliativoperation (aus technischen Gründen nicht radikal) mehrere Bauchgeschwülste entfernt worden. Die Sektion (3½ Monate nach der Operation) ergab neben dem ausgedehnten Narbenrezidiv an den Operationsstellen eine multiple Aussaat der Geschwulstmassen. — Mikroskopisch boten nur die großen Geschwülste das bekannte Bild der Tridermome; die kleinen, miliaren Knötchen waren aus Gliagewebe (?) zusammengesetzt. — F. glaubt für die Entstehung der Geschwulst nicht einen akzessorischen Eierstock als ätiologisches Moment heranziehen zu können, neigt eher zu der Annahme Marchand-Bonnet's, daß versprengte ruhende Blastomeren oder auf der Wanderung zurückgebliebene Keimzellen der Ausgangspunkt gewesen seien. Jedenfalls ist nach Meinung des Ref. wieder durch den Fall zur Genüge bewiesen, daß die Teratome mindestens klinisch bösartige Eigenschaften annehmen können.

Kroemer (Gießen).

22) **Greaves.** On the treatment of perforating typhoid ulcers.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 17.)

Bericht über drei Fälle von Laparotomie bei Durchbruch eines Typhusgeschwüres mit zwei Genesungen und einem Todesfalle. G. operiert so schnell wie möglich, nachdem der Perforationschok überwunden ist. Er spült die Bauchhöhle nicht, sondern wischt nur sorgfältig aus mit Kochsalztupfern und schließt die Durchbruchsstellen doppelreihig mit Einstülpung. Schluß der Bauchwunde mit durchgreifenden Nähten. Im ersten Falle platzte die Wunde auf wegen Eiterung, Tod an Bronchopneumonie; der zweite Pat. heilte glatt: die Perforation hatte während eines Rezidivs stattgefunden; der dritte — aus St. Thomas' Hospital — machte eine Bauchwundeneiterung mit Darmvorfall, eine doppelseitige Parotitis und Femoralvenenthrombose durch und kam dann zur Genesung. G. schließt die Bauchhöhle ohne alle Drainage und führt die Gründe für die Unzweckmäßigkeit von Drains an: die Sekrete müssen bergaufwärts sich bewegen, Drains sind eine gute Eingangspforte für Keime, werden leicht verlegt oder geknickt, schädigen die Darmwand.

Weber (Dresden).

23) **W. Nötzel.** Die Ergebnisse von 241 Peritonitisoperationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 2.)

Die sehr umfangreiche und übersichtliche Arbeit stützt sich auf das große Material von 241 Peritonitisfällen und gibt die klinische Grundlage und Illustration zu den »Prinzipien der Peritonitisbehandlung« (Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1905 p. 1123). Es werden die Pathologie, Symptomatologie, Prognose sowie die Komplikationen der Peritonitis, die Technik und die Erfolge der Operationen nebst der Nachbehandlung an der Hand der Krankengeschichten besprochen und insbesondere die durch den Ausgangspunkt der Peritonitis bedingten Verschiedenheiten des klinischen Bildes und der operativen Maßnahmen geschildert.

Bei der Fülle interessanter Einzelheiten eignet sich die Arbeit nicht zu kurzem Referat. Sie dürfte geeignet sein, der Auffassung und Behandlung der Peritonitis im Sinne von Rehn-Nötzel weitere Anhänger zu gewinnen.

Reich (Tübingen).

24) **O. Lundblad.** 383 Bruckoperationen.

(Hygiea Jahrg. 67. p. 1135.)

Bericht über die Tätigkeit des Verf.s auf dem herniologischen Gebiet im Zeitraume von Oktober 1899 bis März 1905, der neben statistischen Detailfragen Verf.s

persönliche Ansichten über allgemein herniologische Fragen, über Indikationen, Operationsmethoden, Narkose usw. enthält, ohne etwas besonders Neues zu bringen. Die Darstellung ist mit mehreren Krankengeschichten untermischt, die als Beispiele seltener Fälle oder interessanter Befunde geliefert werden. Für ein eingehendes Referat eignet sich der Aufsatz nicht. **Hansson** (Cimbrishamn).

25) **Chutro.** Kyste traumatique de l'estomac chez un enfant.

(Revue de soc. med. Argentina 1905. Nr. 73.)

Ein 9jähriger Knabe erhielt von einem Pferde einen Huftritt in das linke Hypochondrium. Er hatte einige Stunden später starkes Erbrechen dunkler Massen und heftige Schmerzen. 5 Tage später — in der Zwischenzeit hatte öfters Erbrechen bei leerem Magen stattgefunden — bemerkte die Mutter eine Geschwulst an der Stelle des Traumas. Nach weiteren 5 Tagen brachte sie den Jungen ins Krankenhaus. Der Status ergab das Bestehen einer Geschwulst in dem linken Hypochondrium, die die Mittellinie etwas überragte und nach unten bis fast zum Nabel reichte. Die Geschwulst war glatt, nicht sehr verschieblich, auf Druck schmerzhaft und gab dumpfen Perkussionsschall. Fieber bestand nicht. Die Laparotomie zeigte, daß es sich um eine mit gelbgrüner Flüssigkeit gefüllte Cyste handelte, deren Wände einerseits von der Schleimhaut, andererseits von der Muscularis des Magens gebildet wurden. Die Wunde wurde zunächst drainiert und heilte sekundär ohne Zwischenfall. Verf. schlägt für die vorliegende sehr seltene Krankheitsform den Namen »Abcès disséquant de l'estomac« vor.

Stein (Wiesbaden).

26) **Caudwell.** Hypertrophy of the pylorus with stenosis, successfully treated with thiosinamine.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 17.)

Eine 35jährige Frau, die nach 15 Jahre dauernden Magenstörungen schließlich alle Zeichen eines chronischen Pylorusverschlusses darbietet (Erbrechen, starke Abmagerung, Trockenheit der Haut, Schwäche, Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, harte, frei bewegliche Geschwulst von Orangengröße im Epigastrium rechts) wird versuchsweise, bevor die geplante Gastroenterostomie ausgeführt wurde, mit Injektionen von 10%iger alkoholischer Thiosinaminlösung behandelt. Nach 1 Monat bedeutende Besserung, nach 6 Monaten werden die Injektionen fortgelassen, nach 1 Jahre völliges Wohlbefinden und Verschwinden der Pylorusgeschwulst.

Weber (Dresden).

27) **Moynihan.** A review of a series of operations for cancer of the stomach.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 17.)

Von 1897 bis 1905 operierte M. 67 Fälle von Magenkarzinom und gibt hier eine Übersicht über seine Erfahrungen: Die Gastroenterostomie führte er 41mal aus (5 †), davon die vordere mit Murphyknopf 7mal (2 †), die hintere mit Naht 34mal (3 †). In neuerer Zeit zieht er die hintere Gastroenterostomie vor und stellt als Indikation das Vorhandensein oder die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Motilitätsstörung auf. 20 Pat., deren weitere Schicksale bis zum Tode verfolgt werden konnten, starben in der Zeit zwischen der 14. Woche und 2 Jahren 4 Monaten. M. hält die Gastroenterostomie beim Karzinom unter obiger Indikation für unbedingt berechtigt; denn sie verlängert das Leben und macht die letzten Monate und Wochen erträglich.

Von 10 Gastrektomierten starben 2 innerhalb einer Woche nach der Operation; von den überlebenden 8 ist einer seit $4\frac{1}{2}$ Jahren gesund, 5 leben ohne Rezidiv seit 5 Monaten bis $2\frac{1}{2}$ Jahren, 2 sind 11 und 14 Monate später gestorben an Metastasen. M. meint, die Frage sei wohl diskutierbar, ob man nicht wenn irgendmöglich die Exstirpation der Gastroenterostomie vorziehen solle als grundsätzliche Operation. — Ein Pat. mit totaler Gastrektomie ist gestorben.

Auch M. erlebte nach einfachen Probelaparotomien bei inoperablen Fällen 2mal höchst unerwartete Besserung der Beschwerden für die Dauer von 2—2$^1/_2$ Monaten.

Bei 3 Fällen bewies der Verlauf, daß irrtümlich einfach entzündliche Geschwülste für krebsig angesehen worden waren.

Eine Geschwürsanamnese hatten von 22 Gastroenterostomierten 16, von 9 Gastrektomierten 6. Nach M.'s Erfahrungen entsteht das Karzinom in mehr als der Hälfte der Fälle, die in chirurgische Behandlung kommen, auf dem Boden eines Geschwüres, wenn er auch zugestehen muß, daß die Pathologen diesen hohen Prozentsatz bei weitem nicht anerkennen.

Das traurige Ergebnis der chirurgischen Behandlung des Magenkarzinoms, daß unter 70 Fällen nur ein einziger 4 Jahre seit Nachweis seines Leidens überlebte, liegt nach M. begründet in der nicht genügend frühzeitigen Diagnose und in unserer Zurückhaltung gegenüber der Exstirpationsfrage. Zur Beseitigung dieser Fehler redet er der häufigeren Ausführung der Probelaparotomie in allen verdächtigen Fällen das Wort.

Weber (Dresden).

28) **Anschütz.** Über Darmstörungen nach Magenoperationen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Unter den mannigfachen Gefahren, welche nach Magenoperationen den Kranken drohen, ist auffallend wenig bekannt das Auftreten von Diarrhöen, welche zum Tode führen können. Daß nach Magenoperationen durch Gangrän des Kolon, septische Prozesse, Diätfehler, bei schon vor der Operation bestehender Neigung zu Darmkatarrh Diarrhöen beobachtet werden können, liegt auf der Hand. Diese Fälle scheidet A. aus und bespricht nur diejenigen, bei denen keine dieser Entstehungsarten mitspielt, die bis jetzt vielmehr völlig rätselhaft sind. Er gibt aus der Breslauer chirurgischen Klinik eine Anzahl solcher Beobachtungen und teilt sie in drei Gruppen:

1) Nach der typischen Gastroenterostomie mit normal hoher Schlinge, d. h. Lage der Anastomose 40—50 cm von der Plica duodeno-jejunalis ab.

a. Bei Carcinoma ventriculi 7mal beobachtet. Die Diarrhöen setzten meist erst am 6.—10. Tage nach der Operation ein und führten 4mal zum Tode unter unstillbarem Darmkatarrh; 3mal waren die Störungen leichter und endeten in Heilung.

b. Bei gutartigen Magenaffektionen kamen solche Störungen fast niemals vor; der einzige beobachtete Fall verlief leicht und endete in Heilung.

2) War versehentlich eine zu tiefe Schlinge, zu nahe dem Ende des Ileums zur Anastomose genommen, so stellten sich die Diarrhöen regelmäßig ein. Die beiden von A. selbst beobachteten Fälle heilten, der eine davon, nachdem in einer zweiten Operation eine neue Anastomose mit normal hochliegender Schlinge gemacht worden war.

3) Nach Pyloroplastik und Magenresektion nach Billroth I oder Kocher. Vier Fälle, wovon einer tödlich endete.

Zu bemerken ist, daß alle Todesfälle lediglich durch den Darmkatarrh herbeigeführt wurden. Eine befriedigende Erklärung läßt sich nicht geben, am allerwenigsten für die letzte Gruppe, wo durch die Operation die physiologisch-anatomischen Verhältnisse so gut wie möglich wieder hergestellt werden.

Haeckel (Stettin).

29) **Leeming.** Obstruction of the bowel produced by the appendix.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 17.)

Ein 4$^1/_2$jähriges Kind erkrankte unter Ileusanzeichen. Die Operation am 7. Tage weist eine Umschlingung des Ileums nach durch den chronisch entzündeten Wurmfortsatz, der, strickartig den Darm umschnürend, am Mesenterium fest verlötet war. Lösung des völligen Darmverschlusses. Tod im Chok.

Weber (Dresden).



30) **Nieto.** Oclusion intestinal congenita aguda por estrechez del intestino.

(Revue med. del Uruguay 1905. Nr. 11.)

Ein wohl entwickeltes Kind von 3 Tagen wird ins Krankenhaus gebracht, weil es nach jeder Nahrungsaufnahme erbricht, und weil bisher weder Mekonium noch Stuhl abgegangen ist. Da die Untersuchung das normale Verhalten von After und unterstem Mastdarmabschnitt ergab, wurde die Laparotomie gemacht. Es zeigte sich, daß die oberen Partien des Dünndarmes stark gebläht waren, während die unteren Partien, ebenso wie Blind- und Dickdarm, abnorm dünn und klein waren. Der untere Dünndarmabschnitt bildete in einer Ausdehnung von 50 cm einen dünnen, nur wenige Millimeter an Umfang messenden Strang; der Blinddarm erschien als kleine Anschwellung dieses Stranges, und der Dickdarm hatte in einer Länge von 35 cm einen Umfang von 4—5 mm. Der obere Teil des Mastdarmes war noch weitaus dünner als der normale Teil des Dünndarmes. Die Wände des ganzen verengerten Darmteiles, der im Innern eine kaum sichtbare Lichtung hatte, waren überaus zart und dünn, »als ob sie nur aus Mucosa beständen«. Leider wird über eine mikroskopische Untersuchung nicht berichtet. Die Operation bestand in der Resektion des ganzen verengerten Darmabschnittes und folgender Vernähung des normalen Ileumteiles mit dem untersten Abschnitte des Mastdarmes. Das Kind starb 2 Stunden nach der Operation. **Stein** (Wiesbaden).

31) **Ransohoff.** Gangrene of the gall bladder. Rupture of the common bile duct with a new sign.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1906. Februar 10.)

1) 21jähriger Mann wird mit Erscheinungen schwerer Peritonitis ins Krankenhaus geliefert. Die rechte Unterbauchseite war schmerzhaft und gespannt. Bei der unter Verdacht auf Appendicitis dort vorgenommenen Laparotomie fanden sich peritonitische Verklebungen und Entzündungen am Wurmfortsatze, der entfernt wurde. Da keine Perforation da war und keine anderen Zeichen, welche die schwere Peritonitis erklärten, wird durch nach oben verlängerten Schnitt die Gallenblase freigelegt; sie war völlig schwarz und glanzlos. Irgendeine Ursache für die Gangrän ließ sich nicht finden. Cystotomie, Nachbehandlung wie bei solchen mit dem Unterschiede, daß die Umgebung der Gallenblase ausgiebig mit Mull umstopft wurde. 5 Wochen nach der Operation wurde die brandige Gallenblase mit dem Gallengang ausgestoßen, worauf die Gallenfistel sehr schnell zuheilte.

2) 52jähriger Mann hatte früher einmal einen vorübergehenden, kolikartigen Anfall gehabt; er erkrankte unter Erscheinungen leichter Verdauungsstörung, die sich allmählich zum Bilde schwerer Peritonitis mit Darmlähmung umwandelten. Die Schmerzen waren dabei zeitweise in der Leber, zeitweise in der Blinddarmgegend; die rechte Unterbauchseite im ganzen zeigte starke Muskelspannung. Als auffälliges Symptom trat eine sehr deutliche Gelbfärbung des Nabels bei sonstigem völligen Fehlen von Gelbsucht auf. Wegen Verdachtes der Appendicitis — der MacBurney'sche Punkt war dauernd besonders schmerzhaft — wurde der Bauchschnitt gemacht, wobei das präperitoneale Fett schon starke Gelbfärbung zeigte, die ihre Erklärung in freiem Gallenerguß in der Banchhöhle fand. Ein Querriß wurde im Ductus choledochus gefühlt. Da er gänzlich unzugänglich war, Drainage der Bauchhöhle und Tamponade nach der Rißstelle hin. 5 Tage entleerte sich reichlich Galle, die dann allmählich versiegte. Heilung ohne Komplikation. — Die Gelbfärbung des Nabels erklärt R. als durch die dünne Stelle der Bauchwand durchschimmernde Gelbfärbung des präperitonealen Fettes; vielleicht wurde auch auf dem Lymphwege Gallenfarbstoff dahin transportiert. Falls diese Gelbfärbung bei freiem Gallenerguß öfter beobachtet wird, kann sie ein wichtiges Zeichen für die frühzeitige Erkennung des Gallenergusses werden.

Auch bei diesen beiden mitgeteilten Fällen wurde die alte Beobachtung bestätigt, daß reine Galle für das Bauchfell unschädlich ist. Beim ersten Falle wurde

die aus der Gallenblase entnommene Galle steril gefunden, beim zweiten unterblieb die Untersuchung. **Trapp** (Bückeburg).

32) **Adolph.** Fall von schwerster Allgemeininfektion bei Cholangitis; Operation; Heilung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Eine 49jährige Kranke hatte seit Jahren an Schmerzen in der Oberbauchgegend gelitten, die als »Magenkrämpfe« gedeutet wurden; sie erkrankte neuerdings mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, heftigen Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens. Nachdem 14 Tage dieses Krankheitsbild bestanden, wird operiert, da Sepsis drohte. Man findet die Gallenblase ohne Verwachsungen, weder in ihr, noch in den Gallengängen ist ein Stein nachzuweisen; die Galle sieht normal aus, enthält aber viel Bakterium coli; die Gallenblase wird drainiert. Erst nach 3 Wochen schwindet das Fieber vollständig; Heilung.

A. faßt den Fall auf als infektiöse Cholangitis — Cholecystitis sine concremento. Die Frage, ob nicht auch ohne Operation Heilung möglich gewesen wäre, läßt A. offen; jedenfalls hat der Eingriff nichts geschadet, und die Ableitung der Galle dürfte den Krankheitsprozeß abgekürzt haben. **Haeckel** (Stettin).

33) **Rautenberg.** Zur Klinik und Pathologie der hämorrhagischen Pankreasnekrose.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XIV. Hft. 1 u. 2.)

So gut bekannt die Klinik und Pathologie der Pankreasnekrose jetzt ist, so selten ist noch eine sichere und mutmaßliche Diagnose derselben. Unter drei in der Lichtheim'schen Klinik beobachteten Fällen ließ sich nur im letzten die Diagnose mit großer Sicherheit stellen, und zwar auf Grund von gleichzeitig vorhandenem Ikterus neben den anderen bekannten Symptomen, welche bei Pankreasnekrose sonst beobachtet worden sind. R. weist auf die große diagnostische Bedeutung dieses Zeichens hin; auch eine Vermehrung der Leukocyten bei fehlender Temperatursteigerung ist ein wichtiger Fingerzeig für die Diagnose. Indikanurie und Fehlen des Diabetes sprechen durchaus nicht gegen Pankreasnekrose. Zum Schluß werden noch mikroskopische Details der Veränderungen im Pankreas gegeben. **Haeckel** (Stettin).

34) **H. Ruge** (Berlin). Über Vulvaaffektionen und ihre gynäkologische Bedeutung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 2.)

Das Interesse der Gynäkologen für die Vulvaaffektionen in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung hat in den letzten Jahren manche interessante Untersuchung gezeitigt. L. Pick-Schickele u. a. lenkten die Aufmerksamkeit auf die kleinen, scheinbar ganz harmlosen Vulvaknötchen, die sich nicht immer als harmlose Retentionscysten oder Warzen herausstellen, vielmehr häufig wahre Geschwülste sind. R.'s Fall bestätigt diese Tatsache. Bei einer zweifaustgroßen, dem Uterus rechts anhängenden Geschwulst wurde in Narkosenuntersuchung ein etwas über erbsengroßes Vulvaknötchen aus der linken großen Labie exzidiert. Die Uterusgeschwulst erwies sich als gestieltes Fibromyom, das Vulvaknötchen als typisches Adenokarzinom — ausgegangen von einer Schweißdrüse. (Sorgfältige Serienuntersuchung.) Treffliche Illustrationen.

Zum Schluß berichtet R. noch über einen vor Jahren von Gebhard untersuchten Fall von Schweißdrüsenadenom der Vulva. Ref. glaubt, daß derartige Befunde doch immerhin selten sind. Klinisch wichtig scheint, daß die Geschwulst unter der Haut verschieblich war. Gewöhnlich drängen die Trägerinnen der Geschwulst selbst auf Entfernung des lästigen Knötchens. **Kroemer** (Gießen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. **Sonnabend, den 5. Mai.** **1906.**

Inhalt: I. **E. Lexer,** Zur Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen. — II. **Herhold,** Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. — III. **M. Hirsch,** Zur Technik der Rückenmarksanalgesie. (Original-Mitteilungen.)

1) **Berg,** Chirurgische Diagnostik. — 2) **Eijkman** und **van Hoogenhuyze,** Verbrennungstod. — 3) **Bolognesi,** Paraffininjektionen. — 4) **Peck,** 5) **Smith,** Wolfsrachen. — 6) **Mayer,** Zur Chirurgie des Brustkorbes. — 7) **König,** Die Tuberkulose des Brustkorbes. — 8) **Rixford,** Partielle Resektion des Brustkorbes. — 9) **Bertolotti,** Röntgenoskopie der Speiseröhre. — 10) **Froscella,** 11) **Petrucci,** Speiseröhrenverengerung. — 12) **Rossi,** Zwerchfellwunde. — 13) **Hochenegg,** Appendektomie bei Ileocoecalschmerz. — 14) **Nicoll,** Radikaloperation von Brüchen. — 15) **Eliot,** Darmresektion. — 16) **Powers,** Milzcyste. — 17) **Ochsner,** Krampfige Verengerung des Duodenum. — 18) **Hancock,** Duodenocholedochotomie. — 19) **Mayo Robson,** Cholecystektomie.

20) Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft. — 21) **Stich,** Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen. — 22) **Krönig,** Pleurapunktion. — 23) **Isnardi,** Herznaht. — 24) **Heinrich,** Bougierung der Speiseröhre. — 25) **Haim,** Magenwunde. — 26) **Reclus,** Chronische Appendicitis. — 27) **Campbell,** Chirurgische Eingriffe bei Dyspepsie. — 28) **Wiesinger,** Gallensteinileus. — 29) **Wimmer,** Darmstein. — 30) **Antonelli,** Darmresektion. — 31) **Hochenegg,** Dickdarmkrebs. — 32) **Carson,** Mastdarmkrebs. — 33) **Friedheim,** Milzzerreißung. — 34) **Klett,** Leberschuß. — 35) **Michelare,** Leberabszeß. — 36) **Barling,** Pankreasnekrose.

D. v. Ott, Zum Artikel von Dr. C. Hofmann: »Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik.

I.

Zur Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen.

Von

Prof. **Erich Lexer** in Königsberg.

In der Diskussion über die Verwertung der Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen hat Bier auf dem Chirurgenkongreß die auffallende Mitteilung gemacht, daß in Bonn merkwürdigerweise höchst selten Streptokokken vorkämen und demnach auch selten als Erreger akuter Eiterungen gefunden würden.



Unter meinen mit Stauung behandelten Fällen sind aber gerade die hier wie in Berlin nicht seltenen Streptokokkeninfektionen und die Mischinfektionen mit Staphylokokken die Vertreter der schweren Formen, bei welchen die Stauung häufig nicht nur versagte, sondern sogar örtliche wie allgemeine Verschlimmerungen herbeiführte.

Es wäre immerhin denkbar, daß sich die einzelnen bakteriellen Formen der pyogenen Erkrankung der Stauungshyperämie gegenüber verschieden verhalten. Deshalb möchte ich alle Kollegen, welche die Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen verwenden und demnächst darangehen, ihre Erfahrungen mitzuteilen, im Hinblick auf die Wichtigkeit der Sache auffordern, jeden einzelnen Fall genau bakteriologisch zu untersuchen und den Befund bei jedem Falle auch mitzuteilen. Denn ich möchte noch einmal betonen, daß über den Wert der Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen nicht allein die klinische Erfahrung, das Ausprobieren der Stauung von Fall zu Fall entscheiden kann, wie ich dies ausführlich in der Münchener med. Wochenschrift Nr 14 dargelegt habe.

II.

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde.

Bemerkungen zu dem Artikel Dr. v. Oettingen's in Nr. 13 1905 d. Bl.

Von

Oberstabsarzt **Herhold** in Altona.

Herr v. Oettingen empfiehlt, vor Anlegung des ersten Verbandes auf die Umgebung der Schußwunden eine aus 1 gehäuften Eßlöffel Mastix, 3 Eßlöffeln Chloroform und 20 g Ol. lini bestehende Flüssigkeit zur Arretierung der auf der Haut befindlichen Bakterien zu pinseln. Dieser Gedanke ist gewiß originell und seine Ausführung kann zweifellos Gutes wirken; trotzdem glaube ich, daß sich die Verwendung der Lösung für den ersten Verband auf dem Gefechtsfelde nicht und auf dem Truppenverbandplatze wenig eignet. Zu diesem ersten Verbande, der so einfach und unkompliziert als möglich sein muß, ist zweckmäßiger unser aus einer Sublimatkompresse mit ungenähnter Binde bestehendes Verbandpäckchen verwendbar, welches jeder Soldat im Felde (1—2 Stück) bei sich eingenäht trägt. Durch Beigabe einer Flasche Mastix wird das Anlegen des Verbandes komplizierter und auch das Volumen der zum Verbinden nötigen Sachen vermehrt. Nach einer auf der Innenseite des Verbandes angebrachten Vorschrift kann dasselbe von jedermann angelegt werden, und zwar so, daß es sich nicht verschiebt. Nach Berichten amerkanischer Chirurgen aus dem spanisch-amerikanischen Kriege und nach neueren Berichten aus dem russisch-japanischen Kriege hat sich das Verbandpäckchen als erster Verband in seiner einfachen Form durchaus bewährt.

Auch auf dem Hauptverbandplatze wird man von dem Aufpinseln der Lösung aus folgenden Gründen absehen können. Es wird die Revision des größten Teiles der durch Gewehrprojektile Verwundeten ergeben, daß ein erneutes Verbinden entbehrlich und vielleicht nur eine bessere Fixierung des Schußfrakturen nötig ist. Die durch Schrapnels und Granatsplitter hervorgerufenen größeren Wunden jedoch, welche wegen ihrer Größe durch den ersten Verband nur ungenügend verbunden werden konnten, werden bereits als infiziert gelten können und einen komplizierten Verband mit eventuellem Aufstreuen von Jodoformpulver auf die Wunde nötig haben; die Mastixlösung wird daher auch nicht mehr in Betracht kommen. Herrn v. Oettingen ist unbedingt beizupflichten in dem Punkte, daß die Wundumgebung auf dem Schlachtfelde nicht desinfiziert werden soll, da dadurch nur Bakterien in die Wunde hineingeschwemmt werden. Es gilt dieser Satz auch für den Truppen- und Hauptverbandplatz, ausgenommen den Fall, in welchem eine operative Erweiterung der Wunde nötig werden würde. Ob aber die Gefahr, daß von der trockenen Haut Bakterien in die kleine Gewehrschußwunde hineingelangen, sehr groß ist, das erscheint doch noch nicht erwiesen zu sein. Andererseits ist es aber doch nicht ganz unmöglich, daß die Mastixlösung bei einzelnen Leuten mit empfindlicher Haut ekzematöse Entzündungen hervorruft, und daß durch dieses Ekzem eine Infektion erfolgen könnte.

Zum Schluß bemerke ich noch, daß unser erster Verband auf dem Schlachtfelde antiseptisch (Sublimatgaze) sein muß, woran auch die übrigen Nationen festhalten. Auf dem Truppenverbandplatze und Hauptverbandplatze wird ja auch in der Hand des Arztes ein aseptisches Material seine Vorzüge haben können.

III.

Bemerkungen zu dem Artikel von Hackenbruch: „Zur Technik der Rückenmarksanalgesie“ in Nr. 14 dieses Blattes.

Von

Dr. **Maximilian Hirsch,**

em. Sekundärarzt der Abteilung v. Mosetig in Wien.

Auf Grund gewisser Erfahrungen und Erwägungen empfiehlt Hackenbruch bezüglich der Rückenmarksanalgesie, der Punktion stets eine kleine Hautinzision vorauszuschicken und will so die Methode sicherer gestalten und ihr die Launenhaftigkeit nehmen.

Dazu möchte ich bemerken, daß ich auf der letzten Naturforscherversammlung in Meran (September 1905) für die epiduralen Injektionen eine vorhergehende Hautinzision empfohlen habe, im Falle das Fettpolster so dick ist, daß die Einstichstelle nicht exakt

durchzupalpieren ist[1]. Diese Inzision ist deshalb notwendig, weil die Punktion des Sakralkanales (epidurale Injektion) dadurch komplizierter ist, daß mit der Nadel zwei Manöver ausgeführt werden müssen: die Nadel wird nämlich zunächst senkrecht auf die Abschlußmembran des Hiatus sacralis eingestochen, bis sich ihre Spitze im Kanal befindet, und muß dann so umgelegt werden, daß man sie im Kanal aufwärts schieben kann. Bei dieser Richtungsänderung der Nadel ist die feste Umklammerung der Nadel durch die dicke Haut sehr hinderlich.

Ganz anders bei der Rückenmarksanalgesie: Hier wird die Nadel vom Anfang bis zum Ende in einer Richtung vorgeschoben, die Richtung braucht nicht geändert zu werden; daher kommt die Umklammerung der Nadel durch die Haut gar nicht in Betracht, vorausgesetzt, daß man der Nadel von Anfang die richtige Direktion gibt, was Sache der Übung ist.

Ich will gern zugeben, daß auch der Geübtere bei abnorm dickem Fettpolster das Bedürfnis empfinden mag, sich durch eine vorhergehende Inzision die Punktion des Duralsackes zu erleichtern, und in diesem Falle ist die Inzision gewiß gestattet; doch dieses Verfahren der Inzision zum Normalverfahren, zur Methode zu erheben, dazu besteht keine Nötigung.

Das Argument, das ohne Inzision durch die Nadel etwa Hautkeime oder Spuren der Desinfektionflüssigkeit in den Duralsack verschleppt werden können, mag ja theoretisch zu Recht bestehen, die praktische Erfahrung hat aber gezeigt, daß diese Gefahr gleich Null ist.

Wien, am 10. April 1906.

---

1) **A. A. Berg.** Surgical diagnosis. A manual for students and practitioners. 543 S. 215 Abbildungen. 21 Tafeln.

New York and Philadelphia, **Lea Brothers & Co.,** 1905.

In 54 Kapiteln gibt Verf. eine gedrängte chirurgische Diagnostik, die für Studenten und praktische Ärzte bestimmt ist. Besonders ausführlich ist die abdominelle Diagnostik behandelt, während die chirurgischen Erkrankungen der Knochen und Gelenke auf knapp 90 Seiten allzukurz wegkommen. Überhaupt fällt die Ungleichheit auf, mit der die einzelnen Kapitel besprochen werden und mit Abbildungen versehen sind. Wie Sorgfalt und Raum z. B. verwendet sind auf die seltenen Pankreaserkrankungen und die so ungemein häufige Koxitis, entspricht wenig der Bedeutung dieser Krankheitsgruppen für den Praktiker. Ferner hätten die chirurgischen Untersuchungsmethoden, die einen wesentlichen Bestandteil der Diagnostik bilden, eine ausführlichere Behandlung verdient, als wie sie z. B. dem Röntgenapparat,

[1] Hirsch, Über epidurale Injektionen. Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Heft 12.



der Cystoskopie, Ösophagoskopie usw. zuteil geworden sind. Viele Abbildungen, unter denen man übrigens manchem lieben alten Bekannten aus Lehrbüchern wieder begegnet, bringen mit Vorliebe seltenere Erkrankungen zur Darstellung, was auf den Studenten oft irreleitend wirken muß: die seltene Erscheinung wird ihm leicht zum Durchschnittsfall! Die Röntgenbilder entsprechen technisch zum größten Teil nur recht mäßigen Ansprüchen. Die Darstellung ist flüssig, kurz und bestimmt; Druck, Ausstattung, Abbildungen — von einzelnen mißratenen Beispielen abgesehen (Gesichtsausdruck bei adenoiden Vegetationen!) — sind vorzüglich. Einige fremdsprachliche Druckfehler wie »Reidel's Lobe« statt »Riedel's«, »Ginzberg's« statt »Günzburg's Reagens« werden in der nächsten Auflage wohl vermieden werden.

Weber (Dresden).

---

2) **C. Eijkman** und **C. E. A. van Hoogenhuyze.** Experimentelle Untersuchungen über den Verbrennungstod.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIII. p. 377.)

Verff. fügen den zahlreichen das gleiche Thema verfolgenden Arbeiten eine neue Mitteilung hinzu. Sie beschäftigten sich hauptsächlich mit der Beantwortung der Frage, inwieweit primäre Blutveränderungen und die lokale Schädigung der blutleeren Haut für den Tod nach Verbrennung verantwortlich zu machen seien. Ihre Versuche stellten sie an Kaninchen, Meerschweinchen und Fledermäusen an. Die Resultate sind folgende: Bei ausgedehnter, akuter Hautverbrühung oder bei einer Verbrennung, bei der ein Körperteil während längerer Zeit der Hitzeeinwirkung ausgesetzt ist, kann durch Überhitzung des Blutes der Tod infolge von Herzparalyse eintreten. Die bei der Verbrennung mitunter beobachteten Blutveränderungen — Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen, Zerfall derselben und Hämoglobinurie — können nicht als die häufigst vorkommende und wichtigste Todesursache betrachtet werden. Die Haut erleidet durch Einwirkung der Hitze eine solche Veränderung, daß in ihr giftige Stoffe entstehen, die, in die Blutbahn aufgenommen, den Tod verursachen können. Die Natur dieser Stoffe und die Art ihrer Wirksamkeit vermochten Verff. nicht näher zu ergründen. Bei der Verbrühung des Muskelgewebes entstehen keine derartigen giftigen Stoffe, wie bei der Hautverbrennung.

Doering (Göttingen).

---

3) **G. Bolognesi** (Bologna). Sulla introduzione di paraffina fusa nell' organismo animale. Ricerche sperimentali e studio critico.

(Clinica chir. 1905. Nr. 3 u. 4.)

B.'s Abhandlung zeigt ein Literaturverzeichnis von 77 Autoren über Paraffininjektionen aus 3 Jahren. Die Technik ist, wie der kritisch-historische Teil lehrt, von den verschiedensten Standpunkten aus nachgeprüft und modifiziert worden. Das Mittel selbst variiert

in bezug auf den Schmelzpunkt zwischen 36° und 60°; es enthält zu kosmetischen Zwecken Farbstoffe (?), Medikamente (Jod) usw. Der Mechanismus der Injektion, die Spritzen, Nadeln haben fast ebensoviele Formen erhalten, als Autoren sich mit den Einspritzungen beschäftigt haben. Lokale Reaktionen schwereren Grades werden spärlicher gemeldet, die von einzelnen Theoretikern befürchteten Allgemeinstörungen durch Resorption fehlen bisher vollständig, indirekte Schädigungen durch Embolien kommen noch vor. In bezug auf die Dauer der allseitig als vorzüglich beschriebenen Resultate, sowohl in kosmetisch-»prothetischer« wie in funktioneller Hinsicht, liegen nur günstige Mitteilungen vor. B. selbst hat sich systematische Injektionen in die verschiedensten Organe und Organsysteme und Gewebe zur Aufgabe gesetzt, hauptsächlich zu dem Zwecke, die angegebenen lokalen und entfernteren Schädigungen auf ihren Kausalzusammenhang zu prüfen. Seine Paraffine hatten einen Schmelzpunkt zwischen 40° und 50°, weil für die Versuchstiere, Kaninchen, 40° Paraffin jedenfalls unter normalen Verhältnissen einen festen Körper darstellt, und weil höher schmelzendes Paraffin in flüssigem Zustande thermische Immediatreaktionen hervorruft. Die Substanzen wurden stets im Autoklaven bei 130° sterilisiert und flüssig injiziert, die Operationen unter allen Kautelen der Asepsis vorgenommen. Zur Injektion kamen: Nieren, Leber, Milz, Nebennieren, Uterus, quergestreifte Muskeln, Nerven, subkutanes Zellgewebe, Peritonealhöhle, submuköse Schichten, die subduralen und intraventrikulären Lymphräume, Hirnsubstanz, Hornhaut, vordere Augenkammer, exenterierter Bulbus. B. bringt von 80 Versuchen die Detailberichte. Die Injektionen in die inneren Organe (?), bei welchen natürlich zahlreiche tödliche Embolien notiert sind, übergehend, wollen wir nur die Resultate gelungener Versuche im subkutanen und submukösen Zellgewebe mitteilen. In ersterem dringt das in flüssigem Zustande eingespritzte Paraffin in die Zwischenzellräume ein, indem es die zarten Bälkchen des lockeren Gewebes dehnt und sprengt. Die Zellelemente des Gewebes proliferieren stellenweise und bilden später wahres neues Bindegewebe, in welchem man hier und da polynukleäre Riesenzellen findet. Die Paraffinanhäufungen sind von wechselnder Ausdehnung, je nachdem, ob sie durch Massage ins Gewebe weiter getrieben wurden, und werden mit der Zeit zerteilt durch Bälkchen, welche zuerst von jungem, dann von dauerndem Bindegewebe gebildet sind. Das gleiche findet sich im submukösen Gewebe, nur sieht man hier noch mehr kleinzellige Infiltration. Die eingebrachte Substanz reizt in keiner spezifischen Weise den tierischen Organismus, die Gewebe reagieren nur mit einer Bindegewebsneubildung, welche mit der Abkapselung des aseptischen Fremdkörpers endigt. Von allgemeinem Interesse wäre noch vielleicht der Befund, daß die untersuchten Emboli nie, auch nicht an ihrer Oberfläche, Gewebselemente mitführten.

B. betont schließlich, daß das Paraffin weder lokale, noch entferntere chemische (toxische) Einwirkungen auf die Gewebe des Körpers ausübe, daß aber auch andererseits keinerlei chemische oder

phagocytische Vorgänge von seiten der Zellen des Organismus nachzuweisen sind, das Paraffin also nicht resorbiert werde.

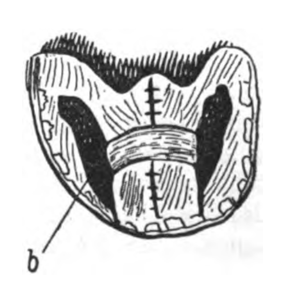
J. Sternberg (Wien).

---

4) **Peck.** The operative treatment of cleft palate.

(Annals of surgery 1906. Nr. 1.)

P. beschreibt die Art und Weise, wie er die Gaumenspalte beseitigt, unter Beifügung sehr guter Abbildungen. Da die Methode die auch bei uns geübte Langenbeck'sche ist, braucht sie nicht näher geschildert zu werden, nur einige Vervollkommnungen seien erwähnt. P. operiert in intermittierender Äthernarkose am hängenden Kopf unter Benutzung des Whitehead'schen Mundsperrers; durch die Zungenspitze legt er einen dicken Seidenfaden, durch welchen er die Zunge aus dem Munde seitlich herausziehen läßt. Durch die seitlichen Entspannungsschnitte müssen die Plica salpingo-palatina und die Mm. levator und tensor palati ganz abgetrennt werden. Zum Schließen der angefrischten medianen Spalte legt P. durch dieselbe erst einige Situationsnähte aus stärkerem Silberdraht mit der Deschamp'schen Nadel, dann einige feinere Silberdrahtnähte mit ganz feiner Nadel, zu deren Festhalten er einen neuen Nadelhalter konstruiert hat. P. tamponiert die seitlichen Entspannungsschnitte nicht, sondern führt um die losgelösten und vereinigten Lappen von den Entspannungsschnitten her ein schmales weißes Band (Fig. *b.*), welches zum Zusammenhalten und zur Drainage dient. Nach der Operation läßt er eine Gaumenplatte zum Schutze der Nähte tragen, welche abends in 3%ige Borlösung gelegt wird. Bei Kindern von 6 bis 10 Jahren läßt sich die Operation mit Erfolg am leichtesten durchführen. In den ersten Monaten befindliche Kinder operiert P. nicht.



Herhold (Altona).

---

5) **H. L. Smith** (Nashna). An operation for cleft palate.

(Amer. journ. of surg. 1906. März.)

Verf. glaubt dadurch ein kräftigeres Gaumensegel bei der Uranostaphyloplastik zu erhalten, daß er den Langenbeck'schen Lappen durch eine von dem hinteren Ende des seitlichen Schnittes, d. h. also von dem hintersten Zahne mit nach vorn konvexem Bogen verlaufende quere (frontale) Schnittführung in zwei Lappen teilt. Es ist natürlich, daß so eine größere, längere Uvula resultiert. Die vorderen Lappen sollen dabei, trotzdem sie nur an den Schneidezähnen mit schmaler Brücke befestigt sind, gut ernährt bleiben. Selbstverständlich werden die vier Lappen auch in der Mitte an ihrem Vereinigungspunkte vernäht, doch erscheint es wunderbar, daß S. nichts von einem allzustarken Herabhängen der Lappen verlauten läßt. S. hat zehn Fälle

derart operiert und empfiehlt als bestes Lebensalter für die Operation die Zeit vor dem Sprechenlernen, also bald nach Vollendung des ersten Lebensjahres. **Goebel** (Breslau).

6) **L. Mayer** (Brüssel). Les bases physiologiques de la chirurgie pleuro-pulmonaire. 156 S.
Brüssel, **Hayer,** 1906.

Die Arbeit beleuchtet eine Reihe von Punkten der modernen Thoraxchirurgie, indem sie von physiologischen Erwägungen über den Mechanismus der normalen und pathologischen Respiration ausgeht. Die Verhältnisse der Pleura- und Peritonealhöhle, die Rolle und Embryologie des Zwerchfelles, die Mechanik der Atmung bei Pleuraverwachsungen, bei Hydro- und Pneumothorax, der Einfluß der Brustorgane auf die Atmung werden zunächst analysiert; dann wird über eine große Anzahl von Hundeexperimenten (39 Pneumektomien bei 35 Hunden) berichtet, über den Vorgang der Heilung, die Gründe des Todes, und über die transpleurale Respiration der Pleura, die Verf. durch erneute Experimente zu beweisen sucht.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der spezielleren Technik der intrathorakalen Chirurgie bei den verschiedenen Affektionen der Brustwand, der Pleuren und Lungen (wesentlich referierend) und gibt endlich 14 ausführliche Krankengeschichten wieder, darunter 10 (v. Stiénon) nach Bülau behandelten Empyemen.

Aus den Schlußfolgerungen der interessanten Arbeit hebe ich hervor, daß M. sich scharf gegen den Ausdruck des »negativen Druckes« zwischen den beiden Pleurablättern wendet. Dieser Hohlraum besteht eben nicht unter physiologischen Verhältnissen und entsteht erst nach Punktion des Brustraumes. Es besteht hier eben dieselbe Abhängigkeit zwischen Inhalt und Wandung, wie im Bauchraume. Die Respiration beruht wesentlich auf der Elastizität der Lungen. Die Methoden von Sauerbruch und Brauer sind, wie M. besonders noch gegenüber Tiegel hervorhebt, gleichwertig, und die Brauer'sche erscheint für die Praxis empfehlenswerter. Beide sind wesentlich vorteilhaft bei Eröffnung sonst gesunder Brusthöhlen, weniger bei Verwachsungen und Eiterung. (Den besonderen Vorzug, den beide Methoden bei notwendiger Eröffnung beider Pleurahöhlen haben, erwähnt Verf. nicht. Ref.)

Die Entfernung von $^3/_5$ der atmenden Lungenfläche beim Hunde hemmt nicht die Blutbildung, noch größere Pneumektomie (Entfernung der ganzen rechten und der halben linken Lunge in einer Sitzung) führt in wenigen Tagen den Tod durch Atmungsinsuffizienz herbei. Dieser Punkt ist event. wichtig für traumatische Lungenhernien und Lungenwunden.

Nach Entfernung von mehr oder weniger großen Lungenteilen füllt sich die Höhlung rasch durch Dehnung der restierenden Lunge, Verlagerung des Herzens, Einziehung des Brustkorbes und besonders durch Erhebung und Deformierung des Zwerchfelles, wie beigegebene

Röntgenogramme von Hunden zeigen. Die Gefahren der Pneumektomie sind Überlastung des rechten Herzens, Thrombose der Lungenarterien und Atelektase.

Die Apparate Brauer's und Sauerbruch's sind besonders wertvoll für Exstirpation der Brustwandgeschwülste und der tiefen Fremdkörper, für die Diagnose und für Blutstillung bei Traumen. Für das Empyem hält M. sehr viel von der Bülau'schen Aspirationsdrainage; die referierten Fälle sind allerdings nur frischeren Datums und die Heilungsdauer noch allzu kurz. Die deutschen Chirurgen dürften sich kaum für eine seltenere Anwendung der Rippenresektion erwärmen, die mindestens ebenso gute Resultate zeitigt. Verf. tritt für nicht zu späte Anwendung der Esthlander-Schede'schen Plastik ein; die Délorme'sche Lungenentkapselung hält er für selten indiziert. Mit dem Namen Depage's, seines Chefs, bezeichnet M. die Ektomie einer atelektatisch-indurierten Lunge, die das vollkommene Ausheilen eines Empyems verhinderte. Der Kranke starb bei totaler Perikardsynechie an einer Dilatation des rechten Herzens und Thrombose der (unterbundenen) Pulmonalarterie, die sich bis in das rechte Herzohr und die rechte Kammer erstreckte.

Goebel (Breslau).

---

7) **F. König** (Berlin). Die Tuberkulose der Thoraxwand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

Die Rippentuberkulose kommt am häufigsten im Jünglings- und Mannesalter vor. Die rechte Seite des Brustkorbes scheint als die bevorzugte angesehen werden zu müssen; dabei ist der vordere Abschnitt der Rippen häufiger ergriffen als der hintere, und am häufigsten ist die 3. bis 8. Rippe ergriffen. Schwer ist es oft zu entscheiden, ob eine primär ostale oder eine periostale Erkankung mit sekundärer Knochenzerstörung vorliegt. Mit Vorliebe entwickeln sich Erkrankungsherde an der Knorpelknochengrenze. Es kommen aber auch primäre Herde im Knorpel selbst vor, und zwar nicht so selten, als man gemeinhin annimmt. Im Manubrium und Corpus sterni entwickeln sich größere und kleinere Herderkrankungen mit einer gewissen Vorliebe an der Verbindungsstelle von Manubrium und Körper und oft genug mit Sequesterbildung. Öfters sind diese Prozesse perforierende, und die käsige Periostitis entwickelt sich auf der Innenfläche des Brustbeines im Mediastinum weiter. Rippen- wie Brustbeintuberkulose rufen nicht selten einen Bruch des betroffenen Knochens hervor.

Was die Verbreitungsart der Rippentuberkulose betrifft, so kommt eine direkte Perforation nach dem Innern, in die Pleura und Lunge, nur selten zu stande, während die äußeren Weichteile unter Bildung eines oft entfernt von dem Knochenherde gelegenen Abszesses fast immer betroffen sind.

Die Mehrzahl der an Rippentuberkulose Leidenden ist bereits anderweitig an Tuberkulose erkrankt. Das Leiden selbst beginnt meist schmerzlos, nur ganz selten auch mit Fieber, Schmerzen und

Rötung der Haut an der Abszedierungsstelle. Der Abszeß kann lange Zeit, ja jahrelang stationär bleiben. Findet der Durchbruch des Eiters nach außen statt, so zeigt die Fistel keine Neigung zur Heilung. Das Allgemeinbefinden leidet häufig erst, wenn sich eine solche Fistel gebildet, wenn der tuberkulöse Eiter sich durch Infektion verändert hat und Fieber auftritt.

Die spontane Heilung der Brustwandtuberkulose ist möglich, doch sicher selten und nicht vorauszusehen. Das fistulöse Stadium gefährdet hauptsächlich durch die stets vorhandene Möglichkeit einer septischen Infektion. Gefährlicher noch als dies akute Ereignis ist das allmähliche Eintreten schwerer Drüsenveränderung als Folge der Eiterung, wie Nephritis und amyloide Degeneration.

Für die Therapie ist die gründliche Entfernung alles tuberkulösen Gewebes erforderlich, wenn man die Garantie der Heilung haben will; die Resektion der Rippen ist demnach als Normalverfahren anzusehen. Rücksichtslos muß dabei allem Erkrankten nachgegangen und nicht der kleinste Rest darf zurückgelassen werden. Von den Fisteln und Fistelgängen aus muß man den Weg zum Knochenherde verfolgen unter Spaltung der Gänge. Bei Frauen muß oft die Mamma abgelöst und zurückgeschlagen werden, damit man zum Ziele gelangt. Nicht selten kommt es bei dem Eingriff zu Verletzungen der Pleura, weniger oft zu einer solchen des Perikards. Die Gefahr der Brustfellverletzung ist bei sofortiger Naht keine große.

Verf. bespricht außerdem noch die Technik der Operation, die sich in einzelnen Fällen sehr schwierig gestalten kann, und gibt im Auszug die Krankengeschichten aus seinem reichen Materiale von 110 Fälen, bei denen er im ganzen sehr gute Resultate erzielt hat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

8) **Rixford.** Excision of portions of the chest wall for malignant tumors.

(**Annals of surgery 1906. Januar.**)

R. bespricht die partiellen Resektionen der Brustwand, welche notwendig werden, wenn nach Exstirpation des primären Brustkrebses Rezidive längs der Rippen entweder nach der Wirbelsäule oder dem Brustbein zu eintreten. Es wird zunächst durch einen Interkostalraum, etwas entfernt von der Neubildung, die Brusthöhle eröffnet und an der inneren Seite derselben abgetastet, wie weit die Geschwulst reicht. Dann werden, soweit es nötig ist, die Rippen reseziert, ohne zunächst die Pleurahöhle weiter zu eröffnen, und hiernach erst alles Krankhafte entfernt, wobei sich natürlich die Eröffnung der Pleurahöhle nicht vermeiden läßt. Um die schädlichen Folgen eines Pneumothorax zu vermeiden, verstopft R. die Brusthöhle sofort und immer, so weit sie eröffnet ist, mit einem dreifach gelegten Handtuch, und zwar möglichst bei der Exspirationsstellung der Lunge. Er glaubt, daß man bei einseitiger Eröffnung der Brusthöhle auf diese Weise keine Gefahr heraufbeschwöre und der Sauerbruch'schen Kammer entraten könne.



Durch ausgedehntere Resektionen der Brustwand mit teilweiser Exstirpation des Brustbeines war es nicht nur möglich, die Geschwulst, sondern auch etwaige Drüsen des Mediastinums zu entfernen. Die Resektionswunde wurde durch einen aus der Nachbarschaft entnommenen großen Hautlappen ganz geschlossen, beim Schließen wurde möglichst die Luft während der Exstirpation hinaus- und keine neue während der Inspiration hineingelassen. Es werden vier auf diese Weise operierten Fälle geschildert, von denen jedoch nur in einem das Leben durch die Operation wirklich verlängert wurde.

Herhold (Altona).

9) **Bertolotti.** Un nuovo metodo di radioscopia esofagea.

(R. Acad. de Torino 1905. Nr. 11 u. 12.)

Läßt man den zu untersuchenden Pat., während er vor dem Fluoreszenzschirm steht, eine Brausemischung trinken und das Gas durch die Speiseröhre entweichen, so erscheint dessen Kontur schärfer gezeichnet. Der Aortenbogen hebt sich deutlich ab. Geschwollene mediastinale Lymphdrüsen (z. B. bei Keuchhusten) zeichneten sich am Profil ab. Divertikel und Erweiterungen wurden sichtbar.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

10) **Froscella.** Sugli interventi chirurgici nelle stenosi cicatriziali esofagee basse insuperabili dall' alto. Cateterismo retrogrado con spirale metallica.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 10.)

Bei einer narbigen Speiseröhrenstenose in der Nähe der Cardia benutzte Montenovesi zur retrograden Sondierung und Dilatation eine Metallspirale, wie er sie zum retrograden Katheterismus bei Harnröhrenstrikturen angegeben hat; dieselbe wurde in einem in die Cardia eingeführten Katheter vorgeschoben und erreichte sehr schnell in Narkose eine beträchtliche Dilatation. Ehe die Behandlung zum Ziele führte, starb Pat. an Erschöpfung. Immerhin ergab sich, daß auf diese Weise eine Sondierung rasch und leicht möglich ist.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

11) **Petrucci.** Contributo allo studio della gastrostomia e del cateterismo retrogrado dell' esofago.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 11 u. 12.)

P. bespricht die topographische Lage des Magens, die Geschichte und die Methodik der Magenfistelanlegung unter ausführlicher Referierung aller verschiedenen Verfahren, welche angegeben sind, die nachfolgende künstliche Ernährung; die Zwischenfälle, welche der Operation folgen (Chok, Blutung, Peritonitis, Obliteration des neugeschaffenen Kanales). Indikationen sind alle Fälle von gut- wie bösartigen Verengerungen der Cardia und der Speiseröhre, die einzige Kontraindikation war schlechter Allgemeinzustand. Eine Krankengeschichte von Gastrostomie bei Krebs des Halsteiles der Speiseröhre folgt. Bei

narbiger Stenose wird zur retrograden Sondierung das von Montenovesi angegebene Instrument empfohlen (s. Froscella, Policlinico 1905 Nr. 10). Seltene Indikationen würden angeborene Obliteration oder Mißbildungen der Speiseröhre, von denen einige beschrieben sind, ferner Fisteln zwischen Speiseröhre und Luftröhre sein, doch sind diese Fälle noch nicht praktisch geworden, weiterhin Speiseröhrendivertikel, und zwecks Dilatation Pylorusverengerungen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

12) **B. Rossi** (Mailand). Contributo alla cura delle ferite diaframmatiche.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 4.)

R. teilt einen geheilten Fall von Stichverletzung des Zwerchfells mit Netzvorfall durch die durchbohrte Pleurahöhle und die Hautwunde mit. Die äußerst eingehende kritische Arbeit, welche die bereits sehr große Literatur ausführlich bespricht, kommt zum Schluß, daß die sofortige Laparotomie, Schnitt parallel dem Rippenbogen der verletzten Seite, event. mit Rippenaufklappen auszuführen sei. Der Weg durch den Brustkorb sei für jene Fälle geeignet, in welchen Verletzungen der Thoraxorgane vorliegen, und hier sei die Horoch'sche Methode die beste. — Interesssant ist die Beobachtung, daß die römischen und neapolitaner Messerhelden die Klinge an der Kleinfingerseite führen und demgemäß von oben nach unten stechen, während die Milanesen »mit größerer Vorliebe« das Messer »in der vollen Faust« (die Klinge an der Daumenseite vorragend) halten und die Verletzungen von unten nach oben zufügen. **J. Sternberg** (Wien).

---

13) **Hochenegg.** Über die Indikation zur Appendektomie beim Ileoeoccalschmerz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

H. ist vielfach bei den wegen sogenannter Pseudoappendicitis (d. h. Schmerzen in der Blinddarmgegend ohne Entzündungs- und Allgemeinerscheinungen, Meteorismus usw.) operierten Pat. der große Gegensatz zwischen Beschwerden und dem am exstirpierten Wurmfortsatz erhobenen Befund aufgefallen. Er hat bei der neuerlichen Diskussion über die von anderer Seite so benannte Hochflut der operativen Eingriffe bei der Appendicitis die von ihm selbst operierten Fälle, die unter dem Bilde der Pseudoappendicitis verliefen, gesichtet. Er konnte für alle diese Fälle mechanische Momente als Ursache des Krankheitszustandes nachweisen, die im Situs des Wurmfortsatzes, seinem Verhalten zu den Nachbarorganen, der Art seiner Einmündung in den Blinddarm und vor allem der Mechanik seiner Funktion beruhen.

Er unterscheidet vier derartige Typen.

Beim ersten, am häufigsten angetroffenen Typus erscheint der meist ziemlich lange Wurmfortsatz über den Blindarm hinaufgeschlagen und mit demselben straff verwachsen, so daß er scheinbar einen inte-

grierenden Bestandteil der Coecalwand ausmacht. Er liegt, wie der Teil eines Reifens dem Fasse, fest der Blinddarmwand an, gleichgültig ob lateral, hinten oder vorn. In allen diesen Fällen wurden die Beschwerden gesteigert bei starker Füllung des Blinddarmes mit Kot oder starker Blähung mit Gasen. Nach gründlicher Stuhlentleerung oder nach Abgang von Gasen fühlten sich die Pat. erleichtert.

Der zweite (seltene) Typus stellt in bezug auf die Schmerzparoxysmen das direkte Gegenteil dar. Hier ist der Wurmfortsatz, steil gegen das Becken steigend, mit seinem stumpfen Ende an der Beckenwand angewachsen. Ist der Blinddarm voll und schwer, so ist jede Spannung genommen, während im anderen Falle es in die Höhe gerückt ist.

Beim dritten Typus spielt ein weites Ostium coecale, sogenanntes trichterförmiges Einmünden, die erklärende Rolle. Bei einiger Stauung im Blinddarm und bei Kontraktionen im aufsteigenden Dickdarm wird der Darminhalt auch gegen den Wurmfortsatz gedrängt werden und so der im leeren Zustande kollabierte oder kontrahierte Fortsatz plötzlich eine pralle Füllung und hierdurch Zerrung erfahren. In solchen Fällen imponierte die muskuläre Verdickung des Wurmfortsatzes und die sich trichterförmig verjüngende untere Partie des Blinddarmes. (H. konnte durch Druck auf diesen die reaktionsähnliche Blähung des Wurmfortsatzes bei der Operation demonstrieren.)

Typus 4 ist durch einen langen Wurmfortsatz, kurzes Gekröse und eine enge, durch eine deutliche Falte verschlossene Öffnung gekennzeichnet. Wird hierbei nun der Blinddarm stark gebläht, so muß auch das Ostium appendiculare frei passierbar werden. Der Wurmfortsatz nimmt an der Coecalspannung teil und wird prall gefüllt. Das kurze Gekröse verhindert die freie Entfaltung, und es kommt häufig zu einem korkzieherartigen Gewundensein des Fortsatzes unter starker Spannung des Mesenteriolum. Bei Entleerung des Blinddarmes zieht sich auch das Orificium wieder zusammen. Geschieht das nun sehr schnell (Entleerung von Gasen), so kann der Abschluß des Blinddarmes rascher als dessen Entleerung erfolgen, es bleibt der eingedrungene Inhalt darin, und die durch die Spannung erklärbaren Schmerzen überdauern die Coecalentleerung.

H. glaubt, durch Operation solcher Fälle auch nicht so gar selten den ersten Anfall, der sich späterhin eingestellt hätte, überhaupt verhüten zu können, abgesehen von der großen Erleichterung, die solchen Pat. geschaffen wird durch Beseitigung derartiger mechanischer Ursachen.

Sehr instruktive Abbildungen illustrieren die in Betracht kommenden Verhältnisse.

H. schlägt für analoge Fälle die Bezeichnung Appendix dolorosa, oder Appendalgie oder auch Skolikalgie vor.

Zum Schluß der interessanten Arbeit teilt er einen Fall von echter Pseudoappendicitis mit.

Hübener (Liegnitz).

---

14) **Nicoll.** The radical cure of severe femoral and inguinal hernia.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

Das Verfahren hat besonders Geltung für sehr große Schenkelbrüche. Die Technik ist folgende: 1) Befreien des Bruchsackes von Inhalt und Umgebung, auch der Fascia transversalis; Spaltung des Sackes in zwei Hälften, Einpfropfung einer Hälfte in die mediane Inzision der zweiten, Aufrollen des Sackes und Zurückschieben, so daß er oben als Knopf zwischen Bauchfell und Fascia transversa liegt. 2) Schluß des Bruchringes durch folgende Maßnahmen. $1^1/_2$ Zoll langer Schnitt auf das Schambein zwischen Vena femoralis und Spina pubis; nach leichtem Zurückschieben des Periosts Durchbohren des Knochens mit dem Drillbohrer an zwei Stellen. Durch das eine Loch wird eine Schlinge dicken Catguts geführt, welche dann oberhalb des Knochens durchschnitten wird. Einfädeln eines jeden Endes in eine Nadel und Durchführen von unten nach oben durch das Poupart'sche Band, dann Ausführen durch das zweite Knochenloch und Knoten. Hierdurch wir das Poupart'sche Band am Schambein fest fixiert. Für den Leistenbruch kann das Verfahren ebenfalls mit der Modifikation angewandt werden, daß der innere Pfeiler des Kanals auf die geschilderte Weise an das Schambein fixiert wird. Die beigegebenen Abbildungen machen das Verfahren leicht verständlich.

Herhold (Altona).

---

15) **Eliot.** Resection of intestine, followed by end-to-end anastomosis.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

Nachdem Verf. die Schwierigkeiten geschildert hat, welche die frühe Diagnose chronischer Darmstrikturen machen können, bricht er eine Lanze für die End-zu-Endvereinigung der Darmenden nach der Resektion, ohne die anderen Methoden zu verwerfen. Er näht dabei zunächst sehr genau das Mesenterium nach Aneinanderlagerung der Darmenden, dann zirkulär durch alle Schichten mit Ausnahme der Serosa; endlich vernäht er die Serosa mit Lembert'schen Nähten. Er benutzt stets Seide zum Nähen. Wenn man fürchtet, daß die Darmwand an der resezierten Stelle nicht ganz normal und brüchig sein möchte, so soll man nach E. die genähte Stelle an das Peritoneum parietale heften und tamponieren. Einer Gefährdung der genähten Stellen durch Gasauftreibung beugt man durch Einlegen eines Gummirohres in den Darm durch den After vor, das möglichst bis an die genähte Stelle herangeführt werden soll. **Herhold** (Altona).

---

16) **Powers.** Non-parasitic cyst of the spleen.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

P. hatte Gelegenheit, einen jungen Mann wegen einer hämorrhagischen Milzcyste zu operieren, dieselbe wurde nur inzidiert, und es

ging der Betreffende an Sepsis zugrunde. An der Hand von 32 aus der Literatur gesammelten Fällen, welche er näher beschreibt, kommt er zu folgenden Schlüssen. Die meisten dieser Cysten sind groß und unilokular, sie enthalten frisches oder altes Blut. Es gibt zwei Arten dieser Cysten; die eine entwickelt sich subkapsulär, vielleicht infolge eines subkapsulären Hämatoms, die andere entsteht im Parenchym durch Bersten eines Blutgefäßes. Die Kapsel der letzteren ist dicker und sie enthält mehr Milzgewebe. Trauma oder Erkrankungen des Milzgewebes sind gewöhnlich die Ursachen der Entstehung der Cysten. Die Diagnose ist schwer; wenn man auch feststellt, daß es sich um eine intraabdominelle Cyste handelt, so weiß man nicht genau, von welchem Organ sie ausgeht. Die beste Behandlung ist die Exstirpation der Milz, da sich die Cyste schwer ausschälen läßt, und Inzisionen mit Injektionen immer gefahrvoll sind. Nur wenn die Cyste gestielt ist, läßt sich die Exstirpation vornehmen.

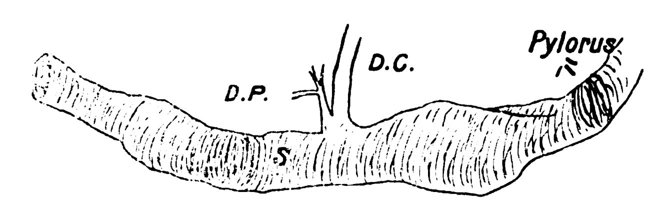
Herhold (Altona).

---

17) **Ochsner.** Constriction of the duodenum below the entrance of the common duct and its relation to disease.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

O. ist es aufgefallen, daß bei an Gallenblasenentzündungen oder Steinen leidenden Pat. das erste Ende des Duodenums erweitert war, während es distal von der Einmündungsstelle des gemeinsamen Gallenganges sich spastisch verengte. Durch Magenausspülungen konnten die hierdurch entstehenden Beschwerden beseitigt werden.



Anatomische Studien haben den Verf. dahin belehrt, daß distal von der Einmündungsstelle des gemeinsamen Gallenganges eine stärkere Entwicklung der zirkulären Muskelschicht des Darmes vorhanden ist (*S*) und er glaubt, daß sich dieser Sphinkter bei entzündlichen Zuständen der Gallengänge stärker kontrahiert und die oben erwähnte Ausdehnung des Duodenums hervorruft. **Herhold** (Altona).

---

18) **Hancock.** The value and place of duodeno-choledochotomy in gall stone surgery.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

Die Indikation zur transduodenalen Eröffnung des Ductus choledochus wird gegeben durch in der Papilla Vateri eingeklemmte Gallensteine, durch Neubildungen oder Verengerungen dieser Papille, endlich

durch Pankreassteine in derselben. Außerdem kann diese Operation auch dann nötig werden, wenn der Choledochus bei einem in seinem unteren Ende sitzenden Stein infolge Verwachsungen usw. nicht gut erreichbar ist. Die Ausführung der Operation wird so vorgenommen, daß ein Zeigefinger in das Foramen Winslowii geführt, der absteigende Teil des Duodenums bis zur Höhe der Bauchdeckenwunde gehoben und eingeschnitten wird. Hierauf wird mit Schere oder Messer die Papille erweitert. Nach der Operation wird die Öffnung in der Vorderwand des Duodenums sorgfältig vernäht; die hintere Wand wird nur dann genäht, wenn der Schnitt nicht nur die Papille, sondern auch die hintere Darmwand in leichter Weise eröffnet oder verletzt hat. Zur Drainage ist von manchen Autoren eine kleine supraduodenale Öffnung angelegt und von hier ein Gazestreifen in die Papille eingeführt. Die Gefahren der Operation können durch Eintreten einer Darmfistel oder durch Infektion der Gallenwege heraufbeschworen werden. Durchschnittlich betrug die Sterblichkeit 12%. Die retroduodenale Choledochotomie verwirft Verf. wegen der erheblich schwierigeren Technik. **Herhold** (Altona).

---

19) **A. W. Mayo Robson.** On the indications and contraindications for the removal of the gall-bladder.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 24.)

Zweck der Arbeit ist, Einspruch zu erheben gegen die heute vielfach geübte kritiklose Entfernung der Gallenblase in fast allen Fällen, wo eine Operation an den Gallenwegen nötig ist. Die Befürworter der Ektomie stellen die Gallenblase hin als ein nutzloses Organ, das sehr infektionsfähig sei und nur dazu diene, Steine zu bilden und krebsig zu entarten. Dem gegenüber betont R., daß die Gallenblase ein Sammelbecken ist während der Verdauungsruhe, und daß der Durchtritt von Speisen durch den Pylorus reflektorisch die Öffnung der Choledochusmündung und damit den Eintritt von Galle in den Darm zur Folge hat. Er weiß aus Erfahrung, daß in einigen Fällen von Ektomie eine Erweiterung des Ductus choledochus stattgefunden hat als Ersatz für das verlorengegangene Sammelbecken der Gallenblase. Damit ist die Gefahr erneuter Steinbildung in den Gallenwegen und einer schädlichen Gallenstauung nahe gerückt. In gewöhnlichen Fällen von Gallensteinerkrankungen soll man sich also mit der durchaus genügenden Cholecystostomie und der vorübergehenden Ableitung der Galle begnügen.

Als Anzeigen für die Ektomie stellt Verf. folgende Bedingungen auf:

Krebs in beschränkter Ausdehnung; kleine, infolge zahlreicher Entzündungen geschrumpfte Gallenblase; vergrößerte und verdickte Gallenblase als Endergebnis eines Cysticusverschlusses durch Stein, Narbe, Knickung; phlegmonöse oder gangränose Cholecystitis; Empyem der Gallenblase; Kalkentartung der Gallenblase; Schleimfistel

als Folge eines Cysticusverschlusses; schwere Verletzungen der Gallenblase oder des Cysticus. — In seinen 57 Ektomien war stets eine dieser Anzeigen vorhanden. Von 33 Ektomien bei Gallensteinen endete ein Fall tödlich; 13mal operierte Verf. wegen Fisteln der Gallenblase, des Duodenums und vereinigte einigemal die Stumpföffnung mit dem Darm bei Choledochusverschluß durch Narbe mit zwei Todesfällen. Von 11 Ektomien bei Karzinom endeten drei tödlich; 9mal mußte Verf. eine Leberresektion machen, 2mal eine Resektion des Kolon, 2mal eine solche des Pylorus. Zwei von diesen in so ausgedehnter Weise Operierten leben jetzt noch rückfallfrei 5 und 6½ Jahre nach dem Eingriff.

Unter den Vorbereitungen zur Operation nehmen Strychnineinspritzungen bei Pulsschwäche, Kalziumchlorid bei Gefahr cholämischer Blutungen, Kochsalzeinläufe mit Brandyzusatz, warme wollene Anzüge einen großen Platz ein. Unter den Rücken legt R. einen festen Sandsack, der Leber und Gallengänge vorzüglich ins Operationsfeld hebt. Er beginnt die eigentliche Ektomie meistens am Cysticusende, übernäht den Stumpf mit Bauchfell und vereinigt die Serosa sorgfältig über dem Leberbett der Gallenblase. Drainage nur bei Infektionsgefahr.

Wegen der sehr engen Beziehungen zwischen Gallensteinen und Gallenblasenkrebs, die er an fremder Statistik erläutert, ist die beste Prophylaxe die Beseitigung der Steine durch Operation, deren Sterblichkeit in seinen mehreren Hunderten von Fällen weniger als 1% betrug.

Weber (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

20) II. Kongreß der Deutschen Röntgen-Gesellschaft in Berlin.

Der wissenschaftliche Teil des Kongresses wurde eröffnet mit einem Vortrage von Walter (Hamburg) über die Vorgänge in der Röntgenröhre, die Phosphoreszenz der Kathodenstrahlen, die Erwärmung der Glaswand, deren Ursache nicht die Röntgen-, sondern die Kathodenstrahlen sind; eine längere Diskussion beschäftigte sich mit der Ablenkung der Kathodenstrahlen, der Frage der Erwärmung der Röhre usw.

Über die Dosierung der Röntgenstrahlen in der Praxis spricht Herr Levy-Dorn (Berlin); indem er die bisher üblichen und benutzten Instrumente zur Messung der Strahlen kurz erwähnt, gibt er ein von ihm geübtes Verfahren kund. Er unterscheidet ganz richtig zwischen der großen Differenz in der diagnostischen und therapeutischen Dosierung und betont, daß die Schwierigkeit einer guten und exakten therapeutischen Dosierung in der Unvollkommenheit unserer Apparate im dauernden gleichmäßigen Arbeiten liegt, natürlich aber auch von der Beschaffenheit der Röhre, der Strahlenart, der Größe des bestrahlten Feldes abhängig ist. Er hat als größtes Maß der Bestrahlung in einem Fall über 20000 qcm in 4 Monaten betrahlt. Herr Iirotka und Herr Cowl (Berlin) verbreiten sich über dasselbe Thema und behandeln kritisch die Zuverlässigkeit der verschiedenen Messungsmethoden. Herr Grashey (München) will Wert darauf gelegt wissen, daß man nicht nur unterscheidet, ob eine Röntgenröhre weiche oder harte Strahlen hat, sondern welches Gasgemenge in derselben enthalten ist, wenn sie regeneriert wird usw. In der weiteren Diskussion betont Herr Stegmann (Wien) mit Nachdruck die Individualität des Pat. in bezug auf die Intensitäts- und Qualitätsmessung

der Strahlen. Er selbst hat vielfach gesehen, daß bei der therapeutischen Bestrahlung einzelne Pat. auf lächerlich kleine Dosen so reagierten, daß ein drüsiges Organ merklich sich verkleinerte, andere wiederum nicht die geringste weder innere noch äußerliche Reaktion auf recht große Dosen darboten. Herr Grunmach (Berlin) stellt eine Mittelmaximaldosis der Bestrahlung von 5 Minuten auf. Herr Albers-Schönberg (Hamburg) unterscheidet bei der therapeutischen Behandlung die Fälle, in denen ein tiefer liegendes Organ (Milz, Niere usw.) bestrahlt werden soll, von denen, in welchen die Strahlen nicht weit unter oder durch die Haut zu dringen brauchen, und wählt danach die Röhre und die Zeitdauer der Bestrahlung.

Die Reihe der Vorträge des diagnostisch-medizinischen Teiles eröffnete Herr Grunmach (Berlin): Über seltene Leiden des Oberkiefers nach Untersuchungen mit Röntgenstrahlen. Er hat sich zum Zweck einer guten diagnostischen Photographie eine Röhre konstruieren lassen, die er in den Mund einführt. Er hat vermittels dieses Verfahrens in einigen Fällen großer Schmerzhaftigkeit der Zähne, trotz ihrer äußeren Intaktheit, eine allgemeine Hyperostosis alveolaris konstatieren können. Andere Hyperostosen nach Schlag ins Gesicht demonstriert er an Photographien.

Die Fehlerquellen in der Nieren- und Harnleitersteindiagnose beleuchtet Herr Albers-Schönberg (Hamburg): Die Verwechslung von kleinen Verknöcherungen in den Muskeln mit Harnleitersteinen, Prostatasteinen, verkalkten Myomen mit Blasensteinen. Er macht auf den kleinen Unterschied in der Lage der Uretersteine bei Frauen und Männern aufmerksam, die bei ersteren etwas mehr lateral ist, und lenkt dann die Aufmerksamkeit auf jene häufigen, zahlreichen Flecken im Röntgenbilde, die von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, kreisrund, manchmal mit einem kleinen Fortsatze, sich einzeln oder in Haufen besonders bei jeder Beckenaufnahme finden, weshalb man sie auch »Beckenflecke« genannt hat, und die als Phlebolithen aufzufassen sind, mit Ausnahme der bekannten Stieda-schen Flecken.

Herr Graessner (Köln) zeigt Röntgenogramme von Osteomalakie, Skoliose und Wirbelfrakturen zu einem Falle, dessen Krankengeschichte er erläutert. Es handelte sich um ein Mädchen, das mit 14½ Jahren erkrankte, im Wachstum vollkommen zurückblieb und die im Thema genannten Erscheinungen zeigte, nachdem sie bis dahin ganz gesund gewesen. Aus den Röntgenbildern ist nach seinem Dafürhalten auch zu erkennen, daß — wie viele Autoren meinen — Osteomalakie und Rachitis recht eng verwandte Krankheiten sind. Vortr. demonstrierte dann einige Röntgenaufnahmen, in denen trotz angeblicher sehr geringfügiger Gewalteinwirkung, »Verheben«, eine deutliche Fraktur eines Lendenwirbels, meist des fünften, zu konstatieren war. Herr Ludloff (Breslau) macht auf die nicht seltenen Fälle von Kreuzbeinfrakturen nach verhaltnismäßig geringer Gewalteinwirkung aufmerksam.

Über Präzisionsaufnahmen von Extremitäten sprach Herr Grashey (München) mit Demonstration eines Blendenapparates.

Der therapeutische Teil der Verhandlungen ist recht karg mit nur vier Referenten bemessen, von denen Herr Comas (Barcelona) mit einem interessanten Thema über kosmetische Ergebnisse in der Behandlung des Lupus mittels Röntgenstrahlen noch ausfiel.

Herr Schmidt (Berlin) demonstriert eine Reihe röntgenisierter Fälle. Einen durch 1 Jahr lange Bestrahlung »erheblich gebesserten« Fall von Lupus des ganzen Gesichtes, eine Warze an der Hand, die durch vier Bestrahlungen fortgebracht, zwei Fälle von geheiltem Favus ebenfalls nach vier Bestrahlungen. Ein Lichen ruber verrucosus des Unterschenkels, der in 1 Jahre geheilt wurde, mehrere Fälle von Ulcus rodens, die geheilt waren und bis jetzt 2 Jahre lang rezidivfrei geblieben sind. Die eigentlichen Karzinome haben ihm wenig günstige Resultate geliefert, und er möchte daher die Röntgenbestrahlung nur für die Hautcancroide aufgespart wissen, die nicht sehr in die Tiefe dringen. Bei Prostatahypertrophie hat er sehr gute Resultate mit deutlicher Verkleinerung der Drüse, Aufhören des Harnzwanges erreicht. Auch bei weichen Strumen hat er in einigen Fällen ganz

gutes, in anderen gar kein Resultat erhalten, in Übereinstimmung mit anderen Autoren, die ebenfalls die Röntgenbehandlung dieser Fälle als ein meist unwirksames Verfahren betrachten. Die Unsicherheit und große Differenz des Erfolges in der Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen bekräftigen ebenfalls die Herren Albers-Schönberg, Grunmach, Hahn (Hamburg), Levy (Heidelberg), Stegmann (Wien). Sicher haben alle konstatiert, daß die fibrösen und cystischen Strumen der Röntgenbehandlung absolut nicht zugänglich waren, während bei den rein parenchymatösen Fällen oft ein deutliches Kleinerwerden des Organes zu konstatieren war. Herr Hahn (Hamburg) und Herr Rosenfeld (Berlin) haben bei der Röntgenbestrahlung Wirkungen der Strahlen auf den Sympathicus beobachtet, ersterer eine günstige Wirkung auf das Gehörvermögen eines Hundes, letzterer das Verschwinden einer den ganzen Körper einnehmenden Sycosis fungoides nach Bestrahlung nur einer umschriebenen Stelle.

Herr Rosenberger (Würzburg) macht eine längere Mitteilung über den therapeutischen Wert der Röntgenstrahlen in der Chirurgie. Die günstige Wirkung der Bestrahlung beim Hautkarzinom, Sarkom, Ulcus rodens war in allen Fällen sicher. Ein Fall von Karzinomrezidiv mit faustgroßer Geschwulst ist in 30 Bestrahlungen vollkommen geheilt worden. Die Sarkome haben ihm im allgemeinen keine guten Resultate geliefert, doch sind einige Fälle wieder überraschend schnell nach 10—17 Bestrahlungen scheinbar geheilt worden. Ebenso sind leukämische Drüsen auf Bestrahlung schnell verschwunden; doch war zu konstatieren, daß diese scheinbar geheilten Fälle nach der Bestrahlung ein auffallend kachektisches Aussehen zeigten, ein Fall von Leukämie nach der scheinbaren Heilung plötzlich starb.

Herr Eberlein (Berlin) sprach dann noch über Röntgentherapie bei Haustieren. Interessant und für die Therapie beim Menschen als Tierexperiment zu betrachten ist ein Fall von Polyarthritis eines Schimpansen, die durch Bestrahlung geheilt wurde.

Herr Weick (Breslau) hat bei der Bestrahlung der Hautkarzinome ebenfalls die Erfahrung gemacht, daß man sehr streng zwischen den der Bestrahlung ein gutes Objekt darbietenden einfachen Epitheliomen und den schwierigen, tiefergreifenden Fällen unterscheiden müsse. Hier hat er selten zufriedenstellende Resultate erzielt.

Die übrige Nachmittagssitzung beschäftigte sich nur mit dem technischen Teil der Röntgenologie, neuen Röhren, Apparaten, Röntgenpapieren usw. Unter diesen Vorträgen war höchst interessant eine Demonstration von plastischen Röntgenbildern des Herrn Alexander-Késmárk (Budapest), auf denen im einzelnen Bilde Knochen und Fremdkörper plastisch und mit Schlagschatten bei deutlichster Struktur sichtbar waren. Der Vortr. war jedoch nicht bereit, seine Methode zu verraten.

Die Abendsitzung wurde mit Projektionen zu den gehaltenen Vorträgen ausgefüllt.

Heinz Wohlgemuth (Berlin).

---

21) **Stich.** Zur Behandlung akuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 49 u. 50.)

S. gibt einen Überblick über die Erfolge und Mißerfolge mit der Stauungsbehandlung und macht auf technische Fehler aufmerksam. Meist wird vom Anfänger häufiger zu stark als zu schwach gestaut; zu starke Stauung ist aber gefährlich, während zu schwache Stauung nie schadet. Die Wundverbände dürfen nicht zu eng angelegt werden, damit eine genügende Stauung zustande kommen kann; wenn irgend möglich, sind zirkuläre Verbände zu vermeiden. Wird die Stauungsbehandlung zu früh abgebrochen, kann die vorher bereits scheinbar erloschene Entzündung von neuem aufflackern. Die Erfahrungen bei Panaritien und Phlegmonen waren als durchaus günstige zu bezeichnen. Kurze interessante

Krankengeschichten illustrieren am besten die Erfolge. — Tamponade soll bei den der Stauung unterzogenen Fällen möglichst vermieden werden.

Selbst in Fällen, in denen der Untergang einer Sehne, einer Phalanx bereits besiegelt war, hatte die Hyperämisierung den Erfolg einer beschleunigten Heilung, Einschmelzung und Abstoßung der gangränösen Gewebe ging rascher vor sich. Bei Behandlung der Karbunkel mit Saugglocken ist es notwendig, die Apparate so groß zu wählen, daß die Ränder überall gut und sicher im Gesunden liegen. — Während bei umschriebenen Abszessen, Drüsenvereiterungen usw. gute Resultate erzielt wurden, waren solche in schweren Fällen von Osteomyelitis nicht zu verzeichnen; doch konnte auch hier schnelle und schonende Beseitigung der Schmerzen konstatiert werden. Eklatant war diese Wirkung auch bei der Behandlung der Mastitis, bei welcher im übrigen die Erfolge erfreuliche waren; kleine Rezidive wurden beobachtet; vor diesen schützt eine Fortsetzung der Saugbehandlung nach Ablauf der akuten Erscheinungen. Werden durch lebhafte Granulationsbildung die Stichinzisionskanäle verlegt, so ist es zweckmäßig, ein feines Gummidrain einzuführen. Verf. hebt zum Schluß nochmals hervor, daß für die Wirksamkeit der Bier'schen Stauung alles auf die Technik ankommt, und daß die Hyperämiebehandlung eine viel schärfere Kontrolle als alle anderen Methoden erfordert.

Langemak (Erfurt).

22) **G. Krönig.** Die Pleurapunktion auf physikalisch-physiologischer Basis und in vereinfachter Form.

(Med. Klinik 1906. Nr. 6.)

Bei der Ausführung der Pleurapunktion muß man den im Einzelfalle vorhandenen Druck bequem messen können, den die im Brustfellsack eingeschlossene Flüssigkeit auf die Lunge und ihre Umgebung ausübt. Ferner muß schon vom Augenblicke des Einstiches ab jeder Lufteintritt in den Brustfellsack ausgeschlossen sein. Endlich soll die Flüssigkeit ununterbrochen, aber doch willkürlich schnell abströmen. — K.'s Apparat besteht zunächst aus einer geräumigen Hohlnadel, in welcher, luftdicht in einem Korklager gleitend, ein mit seitlicher Öffnung versehener katheterartiger Zylinder liegt, der nach dem Einstiche vorgeschoben wird und nunmehr das freie Ende der Hohlnadel deckt. Ein Bügel sichert die Einstichstellung des Instrumentes, eine Hülse fixiert die Direktion des Katheters. Vom Instrument führt ein Duritschlauch zu einem Manometerfläschchen. Vor dem Gebrauche werden diese drei Teile durch Ansaugen mit einer ununterbrochenen Flüssigkeitssäule gefüllt. Aus der Höhe der Sperrflüssigkeit im Fläschchen, das je nach der Lage der Dinge gehoben oder gesenkt wird, ergibt sich der Druck im Brustfellsacke. Der auskochbare und nach dem Heberverfahren leicht zu reinigende Apparat wird von Dewitt & Herz in Berlin geliefert.

Georg Schmidt (Berlin).

23) **L. Isnardi** (Turin). Un caso fortunato di sutura del cuore per ferita penetrante del ventricolo destro.

(Clinica chirurgica Bd. XI. Nr. 5.)

26jähriger Mann erhält einen Messerstich in die Brust, wird sofort ins Krankenhaus gebracht und operiert. Die Wunde, an der Insertion des 5. linken Rippenknorpels, ist 3 cm lang und enthält die vom Griff abgelöste Klinge des Dolchmessers. Der Zustand des Verletzten ist elend. Hautschnitt horizontal von der Mittellinie des Brustbeines durch die Wunde zur Parasternallinie; Resektion der 5. Rippe; Eröffnung der Pleurahöhle und Tamponade. Im Herzbeutel eine 1 cm lange Schnittwunde im gleichen Niveau, das Cavum mit Blut und Gerinnseln gefüllt. Wegen Platzmangels noch Resektion von 5 cm der 4. Rippe, Eröffnung des Herzbeutels; im Herzen eine für die Fingerspitze passierbare Wunde nächst der Spitze, aus welcher Blut in gewaltiger Menge stürzte. Unter Leitung des Fingers Anlegen einer Naht nahe der Wunde, mittels welcher das Herz leicht emporgehoben und zwei weitere tiefgreifende Knopfnähte ermöglicht werden. Die

schwere springbrunnenartige Blutung steht, doch zeigt sich noch eine Schnürnaht nötig. Drainage mit einem Jodoformgazestreifen, nachdem der Herzbeutel an die äußere Wunde, an welche auch der Lungenrand geheftet wurde, genäht worden ist. Die Herzwunde betraf den rechten Ventrikel. — Nach einigen Tagen Abfluß von 250 ccm Eiter aus dem Herzbeutel; fernerhin Punktion der linken Pleurahöhle, 400 ccm serosanguinolenter Flüssigkeit entleert. Nach 15 Tagen stellt sich die Notwendigkeit der Resektion der 7. und 8. linken Rippe wegen Empyems heraus; hierbei fließt Eiter in den Herzbeutel durch das primär gesetzte Loch. In den nächsten Tagen noch eine Gegenöffnung in der Paravertebrallinie. Nach 6 Wochen zum Verschluß der großen Wunde eine Lappenplastik. Während der ganzen Heilungsdauer 130—140 Pulse, 30—40 Respirationen. Pat. leistet seither schwerste Arbeit.

J. Sternberg (Wien).

24) **G. Heinrich.** Die Bougierung der Speiseröhre.

(Med. Klinik 1906. Nr. 6.)

Warme Empfehlung der Metallspiralgummisonde und des Metallspiralmagenschlauches nach Kuhn. Durch Rotation sind damit Hindernisse leicht zu überwinden. Nach dem Gebrauche werden Metallrohr und Gummiüberzug getrennt und ausgekocht. Lieferant: Evens & Pistor in Kassel.

Georg Schmidt (Berlin).

25) **Haim.** Stichverletzung des Magens.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 17. November 1905.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

22jähriger Bursche stieß sich in der Trunkenheit ein großes Küchenmesser in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoid., etwa 2 Querfinger von der Mittellinie, in den Bauch. Pat. kam unmittelbar danach in die Lotheissen'sche Abteilung. Bauch leicht gespannt, Leberdämpfung vorhanden. Erbrechen blutiger Massen. Die Stichöffnung war durch vorgefallenes Netz verstopft. Im Bauche weder Gas noch freie Flüssigkeit. Im pylorischen Teile des Magens, nahe und parallel der großen Kurvatur, eine $1\frac{1}{2}$ cm lange lineare, die vordere Wand vollständig durchbohrende Wunde, die momentan durch ein Blutgerinnsel verschlossen war. Naht derselben. Netz darüber befestigt, darüber Tampon, Schluß des Bauches. Heilung.

Hübener (Liegnitz).

26) **P. Reclus.** L'appendicite chronique d'emblée.

(Gaz. des hôpitaux 1905. Nr. 119.)

Eine junge Frau war von verschiedenen Ärzten als magen-, leber-, nieren-, darm-, genitalkrank angesehen worden, weil sie über Beschwerden von seiten all dieser Organe klagte. R. nahm chronische Appendicitis an, weil nur in der Blinddarmgegend ein fixer Schmerz zu konstatieren war. Die Operation förderte einen kranken Wurmfortsatz zutage.

R. rät dringend, eifriger auf diese chronischen Appendicitiden zu fahnden, insbesondere bei Pat., die mit ihren Darmfunktionen nicht in Ordnung seien.

V. E. Mertens (Breslau).

27) **W. F. Campbell** (Brooklyn). The surgical treatment of obstinate dyspepsia.

(Amer. journ. of surg. 1906. März.)

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß der chirurgische Eingriff eine Reihe von Dyspepsien, die meist zu starker Neurasthenie führten, heilen kann, wo die interne Therapie und auch wohl die Diagnose vorher versagt. C. führt neun Fälle derart an. In dreien handelte es sich um Appendicitis chronica, in drei anderen um Gallenblasenkrankheiten (Steine und Katarrh), in den anderen um Magengeschwüre, die zum Teil nicht diagnostiziert werden konnten, und einmal um eine Zone von Erosionen in der Größe eines 5centstückes, die sich von außen durch

eine Verdickung des Magens dokumentierten. Sie wurden kauterisiert, der Magen geschlossen, und wie in allen anderen Fällen — mit Ausnahme eines bisher noch nicht operierten — vollkommenes Schwinden der Symptome (Schmerzen nach dem Essen, Nausea, Konstipation, geistige Depression usw.) erzielt.

Goebel (Breslau).

28) **Wiesinger.** Gallensteinileus ohne vorhergehende nachweisbare Störungen in den Gallenwegen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 48.)

Ein Pat. in der Mitte der 60er Jahre erkrankte unter akuten Ileuserscheinungen. Symptome, welche auf eine Erkrankung der Gallenwege hindeuteten, waren niemals dagewesen. 3 Tage nach Beginn der Erkrankung Aufnahme in das Krankenhaus und sofortige Laparotomie, die als Hindernis in einer oberen Dünndarmschlinge einen $5^1/_2$ cm langen und $3^1/_2$ cm im Durchmesser haltenden, fest eingekeilten Stein aufdeckt. Nach Exzision glatte Heilung. Oberhalb des Hindernisses war keine Kotstauung. **Borchard** (Posen).

29) **Wimmer.** Ein echter Darmstein.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 1. Dezember 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

Der durch Laparotomie gewonnene Stein ist 8 cm lang, 6 cm breit, mißt 19 cm im Umfang und wiegt 320 g. Auf dem Durchschnitte zeigt er eine schöne konzentrische Schichtung und einen strukturlosen Kern, der im Zentrum den Rest einer Samenschale enthält. Er besteht aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. Er lag oberhalb der Ileocoecalklappe frei in der Darmlichtung. Ursache der Steinbildung war eine tuberkulöse Verengerung der Ileocoecalklappe. Resektion von Blinddarm und unterster Dünndarmschlinge. Heilung. **Hübener** (Liegnitz).

30) **Antonelli.** Über einen seltenen Fall von Enterokele. Resektion des Darmes nach eigenem Verfahren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

A. verfährt bei Darmresektionen mit Anlegung des Murphyknopfes so, daß er die Serosa und Muscularis zurückpräpariert, so daß ein Ärmelchen entsteht, das nur Mucosa und Submucosa enthält. Vorläufig wird nun zur Anastomosenbildung nur dieses Ärmelchen benutzt, d. h. der Knopf in dasselbe beiderseits eingeführt und geschlossen. Erst darüber wird die Seromuscularis mit Anpassung der Darmenden aneinander in einer oder mehreren Etagen vereinigt. Auf diese Weise soll einer Stenose vorgebeugt werden; auch ist die Gefahr eines Durchtrittes der flüssigen Kotmassen durch die Anastomosenlinie eine geringere, und es werden durch den leichten Abgang des Knopfes mechanische Darmverschlüsse leichter vermieden. Mikroskopisch zeigen sich die Schleimhäute lineär vernarbt. A. beschreibt noch einen Fall, bei dem er nach dieser seiner Methode die Darmresektion vorgenommen hat und bei dem es sich um einen eigenartigen, bisher nicht beschriebenen Fall von Peritonitis adhaesiva circumscripta bei Darmschlingen handelte, die in einem inguino-skrotalen Bruchsacke frei enthalten waren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

31) **Hochenegg.** Zur Behandlung von Kolonkarzinomen.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 1. Dezember 1905.)
(Wiener med. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

H. lagert — gerade wie dies auch von v. Mikulicz angegeben wurde — das mobilisierte erkrankte Dickdarmstück vor die Bauchwunde. Letztere wird so weit wie möglich geschlossen und je nach Notwendigkeit am zweiten oder nach einigen Tagen mit dem Paquelin die eigentliche Abtrennung der Geschwulst vorgenommen. In einer späteren Sitzung wird dann der Kunstafter durch Darmnaht verschlossen.

H. hat dieses Verfahren 1894 an einem 76 Jahre alten Pat. ausgeübt, der heute noch rezidivfrei ist. Im ganzen hat er die Methode bei 14 Pat. ausgeübt, von denen 12 noch am Leben sind. **Hübener** (Liegnitz).

32) **H. W. Carson.** Operation for rectal carcinoma.

(Med. press 1906. Februar 21.)

C. berichtet über einen Fall von Mastdarmkrebs bei einer 35jährigen verheirateten Frau. Die Probelaparotomie zeigte, daß die Geschwulst bereits auf den Fundus uteri und das linke Lig. latum übergegriffen und Metastasen in beiden Ovarien und im Netze verursacht hatte. Deshalb wurde eine Kolostomie vorgenommen. Bemerkenswert ist außer dem jugendlichen Alter der Pat. der Umstand, daß als eins der ersten Symptome neben starken Schmerzen sehr heftiger Durchfall auftrat, woran sich allmählich die übrigen Symptome, Kreuzbeinschmerzen, zunehmende Kachexie und Abgang von Blut anschlossen.

C. weist auf die Notwendigkeit hin, bei profusen Diarrhöen Rektaluntersuchungen vorzunehmen und wendet, besonders bei hochsitzenden Karzinomen, gern das Strauß'sche Proktoskop an, mit Hilfe dessen man, meist ohne Anwendung eines Anästhetikums, bequem und ohne Gefahr für den Pat. die unteren 25 cm des Mastdarmes übersehen könne. **Erhard Schmidt** (Leipzig).

33) **Friedheim.** Subkutane Milzruptur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 2.)

Es handelt sich in beiden mitgeteilten Fällen um unkomplizierte Verletzungen der Milz, welche wegen ihrer Ausdehnung und starken Blutung die Operation, die Entfernung des Organes, nötig machte. Im ersten Falle — 23jähriger Mann — wurde die Operation 3 Stunden nach der Verletzung, im zweiten Falle — 4jähriger Junge — 4 Stunden nachher ausgeführt. Beidemal glatte Heilung. Die nachherigen Blutuntersuchungen ergaben nicht erheblichere Veränderungen, als wie sie sich nach des Autors Ansicht ungezwungen durch den Blutverlust erklären ließen. Im ersten Falle war in 1 Woche, im zweiten in 4 Wochen alles zur Norm zurückgekehrt. Eine Schwellung der Lymphdrüsen trat nicht ein.

Borchard (Posen).

34) **Klett.** Schußverletzung der Leber durch Platzpatrone.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1906. Februar.)

Eine aus den Sanitätsberichten der Armee entnommene Statistik über Leberschußwunden ergab dem Verf. ein recht schlechtes Resultat, indem von 58 derartigen Verletzungen nur zwei ohne Ausgang in Tod endigten. Der Grund hierfür liegt darin, daß es sich fast nur um aus nächster Nähe gegen die Lebergegend abgegebene Schüsse handelte. K. beschreibt nun eine Schußverletzung der Leber durch Platzpatrone (Selbstmordversuch), die er selbst beobachtete, und bezüglich welcher es ihm gelang, den Verletzten zu retten. Die große Einschußwunde im 7. Rippenzwischenraume wurde nach beiden Seiten erweitert, ein großer Riß der Leber mit dickem Catgut genäht und die große Zertrümmerungshöhle tamponiert. Reichliche Kochsalzlösungen trugen dazu bei, den Verletzten am Leben zu erhalten.

Herhold (Altona).

35) **E. Michelare.** Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon droit et la plèvre.

(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 12.)

Der 39jährige Pat. litt in Tonkin vor 10 Jahren an Dysenterie. Fast in jedem Jahre hatte er einen leichten Rückfall, so auch im Mai 1905.

Mitte August 1905 spürte er eines Tages einen krampfartigen Schmerz im unteren Teile des Brustkorbes rechts vorn. Dieser Schmerz hielt an, Pat. fühlte sich krank. Er bemerkte, daß seine rechte Seite dicker wurde. Am 10. September befiel ihn fast gleichzeitig mit lebhaftem Schmerz ein erstickender Husten, der

Eiter und Blut zutage förderte. Die Leber war zunächst nicht tastbar, erreichte perkutorisch nicht den Rippenpfeilerrand. Erst im Laufe des Monates kam es dahin, daß sie den Rippenbogen um zwei Querfinger überragte.

Am 29. September erfolgte Empyemoperation hinten »in einem der letzten Interkostalräume rechts«. Am 3. November starb Pat.

Bei der Sektion fand man neben zehn kleinen beginnenden Abszessen eine sehr große Abszeßhöhle (ca. 800 ccm Inhalt) der Leber, die durch zwei Öffnungen mit Lunge und Pleura kommunizierte. **V. E. Mertens** (Breslau).

36) **G. Barling.** Observations on pancreatic necrosis, with a report on two cases.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 24.)

Eine 43jährige Frau erkrankt plötzlich unter den Zeichen des Durchbruches eines Magengeschwüres und Bildung einer prallelastischen Schwellung oberhalb des Nabels. Bei der Operation fand sich der Magen vorn und oben von der Schwellung, die bei Einschnitt zwischen Magen und Querkolon mäßige Mengen blutiger Flüssigkeit entleerte und locker tamponiert wurde. Bald nach der Heilung erneute Geschwulstbildung mit heftigen Schmerzen. Bei der zweiten Operation Einschnitt und Entleerung einer großen Cyste zwischen und hinter Magen und Querkolon; sie enthält zwei große Stücke nekrotischen Pankreasgewebes. Einnähung der Cystenränder. Heilung. In der Cystenflüssigkeit sind alle drei Pankreasfermente nachweisbar.

Ein 59jähriger Mann erkrankt plötzlich unter peritonitischen Symptomen und zeigt bei der Operation ausgedehnte Fettnekrose, bei der Sektion ein bis auf einen kleinen Rest am Schwanzende völlig nekrotisches Pankreas.

Weber (Dresden).

Zum Artikel von Dr. C. Hofmann: „Zur Pathologie des Prolapsus ani et recti und seine operative Behandlung durch Beckenbodenplastik“.

Von

Prof. Dr. ***Dm. von Ott,***

St. Petersburg.

In Nummer 35 des Zentralblattes für Chirurgie vom 2. September 1905 schlägt Dr. Hofmann zur Heilung des Prolapsus ani et recti die Beckenbodenplastik als neues Verfahren vor. Der obenerwähnte operative Eingriff ist aber schon im Jahre 1900 von mir angewandt und ein derartiger Fall im Zentralblatt für Gynäkologie (Nr. 28 — 1900) unter dem Titel »Heilung des Rektalprolapses durch Restitution des Beckenbodens« beschrieben worden, was dem Autor wohl unbekannt geblieben ist.

Gelegentlich der Betonung des Autors, daß bei seiner Methode, ähnlich wie bei derjenigen von Lawson-Tait, nichts vom plastischen Materiale geopfert wird, möchte ich darauf hinweisen, daß nur in der möglichst vollkommenen Restitution der Muskulatur, die ja für die Festigkeit des Dammes die Hauptrolle spielt, das Hauptbestreben jeder Beckenbodenplastik bestehen muß.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Jena, **E. Richter**, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. Sonnabend, den 12. Mai. 1906.

Inhalt: **K. Försterling,** Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. (Original-Mitteilung.)
1) Principiis obsta. — 2) **Schädel,** Styptogan. — 3) **Schapira,** 4) **Christie,** Lokalanästhesie. — 5) **Winterberg,** Isoform. — 6) **Gallant,** Bartholinitis. — 7) **Kaufmann,** Santyl. — 8) **Richter,** Bubonen. — 9) **Bergh,** Das Lymphgefäßsystem bei syphilitischer Infektion bei Weibern. — 10) **Ullmann,** Syphilis des Nebenhodens. — 11) **Malafosse,** Syphilisbehandlung. — 12) **Sprengel,** Appendicitis. — 13) **Baratynski,** Radikaloperation der Leistenbrüche. — 14) **Paterson,** Magenchirurgie. — 15) **Colmers,** Enterokystome. — 16) **Schifone,** Varicokele. — 17) **d'Anna,** Der Hoden Infektionskranker.
W. Greiffenhagen, Über schwere Respirationsstörungen infolge medullärer Stovainanästhesie. (Original-Mitteilung.)
18) **Trautenroth,** Stovainvergiftung. — 19) **Pedersen,** Lungenödem bei Äthernarkose. — 20) **Butler,** Adrenalin als Reizmittel. — 21) **Clairmont,** Tetanusheilserum. — 22) **Schultz,** Gonorrhoische Lymphangitis. — 23) **Weitz,** Hämorrhagische Syphilis. — 24) **Dalous,** Posterosive Syphiloide. — 25) **Quinby,** Allgemeine Peritonitis nach Appendicitis. — 26) **Klauber,** Brucheinklemmung. — 27) **Smith,** Duodenalgeschwür. — 28) **Lane,** Operationen gegen Verstopfung. — 29) **Maunsell,** Gastroenterostomie. — 30) **Bobbio,** Gekröscyste. — 31) **Findlay** u. **Buchanan,** Cholecystitis ex typho. — 32) **Vachel** u. **Stevens,** Lebersteine. — 33) **Oesterreicher,** 34) **Ravasini,** Urethrotomia interna. — 35) **Ravasini,** Prostatektomie. — 36) **Vedova,** Urinscheider. — 37) **Klose,** Intravesikale Operationen. — 38) **Nash,** 39) **Riddell,** Harnsteine. — 40) **Hein,** Ureterocystoneostomie. — 41) **Illyés,** Essentielle Nierenblutung. — 42) **Cuno** und **Trappe,** Nierengeschwulst. — 43) und 44) **Baradulin,** Nieren- und Beckenechinokokken. — 45) **Stork,** Gebärmuttervorfall. — 46) **Brunet,** 47) **Mackenrodt,** Gebärmutter-Scheidenkrebs.

(Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses I zu Hannover. Oberarzt Prof. H. Schlange.)

Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen.

Von
Dr. med. **Karl Försterling,**
Assistenzarzt.

Überall, wo die Röntgenstrahlen auf lebendes Gewebe treffen, entfalten sie bei genügend langer Einwirkung ihre zerstörenden und

abtötenden Eigenschaften. Unter Umständen können sie gerade hierdurch eine heilende Wirkung hervorrufen, indem einzelne Gewebsteile schneller und intensiver durch das Röntgenlicht beeinflußt werden als die übrigen, d. h. indem sie elektiv wirken. So ist es z. B. bei der Leukämie, bei den malignen Neubildungen, bei den Warzen, beim Lupus und anderen Hautkrankheiten. In anderen Fällen wirken die Strahlen jedoch nur deletär, z. B. bei den Röntgenverbrennungen, der chronischen Röntgendermatitis, durch Erzeugung von Hodenatrophie und vor allem durch Hervorrufen von allgemeinen Wachstumsstörungen.

Bei Bakterien, anderen einzelligen Lebewesen, Eiern von Amphibien und deren Larven sind diese wachstumshemmenden Eigenschaften der Röntgen- und Radiumstrahlen schon mehrfach untersucht; ebenso auch an Hühnerembryonen. Dagegen habe ich durch Röntgenstrahlen bewirkte postembryonale Wachstumsstörungen, die ganze Körperteile betrafen, bei Warmblütern bisher nur an einer Stelle erwähnt gefunden, nämlich bei Perthes, »Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe, insbesondere auf das Karzinom« (v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXI p. 978). Er sagt hier, daß bei Küken, denen am 1. Lebenstage der eine Flügel während 45 Minuten bei 10 cm Abstand mit Röntgenstrahlen belichtet war (Intensität 12 Holzknecht), der bestrahlte Flügel vom 7. Tage ab erheblich im Wachstum zurückblieb. Gleiche Untersuchungen an Säugetieren habe ich überhaupt nicht in der Literatur finden können.

Die sehr erheblichen Störungen, die ich im Wachstum teils partiell, teils ganz bestrahlter Säugetiere habe nachweisen können, berechtigen, glaube ich, diese Mitteilung. Genauere, besonders mikroskopische Einzelheiten behalte ich mir für eine ausführliche Veröffentlichung vor.

Vorausschicken will ich gleich, daß ich stets nur geringe Bestrahlungszeiten angewendet habe, 5 bis 20 Minuten bei ca. 20 cm Fokusdistanz, und daß die Bestrahlung stets nur ein einziges Mal stattgefunden hat.

Als erstes Objekt diente ein 8 Tage alter Hund aus einem Wurf von 5 Stück. Es wurde unter Abdeckung des übrigen Körpers durch Bleigummi die linke hintere Extremität bis zur Glutäalgegend hin 10—12 Minuten mit einer alten Müller'schen Wasserkühlröhre bei 20 cm Fokusdistanz bestrahlt, und zwar einmal in einer Sitzung. Sodann kam das Tier mit den Geschwistern zusammen sofort zur Mutter zurück. Nach ca. 14 Tagen war die ganze Extremität sowie die Glutäalgegend völlig kahl; eine Dermatitis trat nicht auf. Nach 4 Wochen stellte sich wieder Behaarung ein, jedoch blieb schon jetzt die ganze Extremität im Wachstum zurück. Der Maßunterschied betrug am Fuß (von Calcaneus zu den Zehenspitzen) 1 cm. Mit zunehmendem Wachstum wurde der Größenunterschied zwischen den Extremitäten immer erheblicher, während die Behaarung sich immer mehr der normalen näherte. Im Alter von 7½ Monaten mußte das Tier, weil es nachts durch Kläffen die Umgebung störte, getötet

werden. Es war im ganzen etwas im Wachstum gegen die Geschwistertiere zurückgeblieben. Die Behaarung der linken hinteren Extremität war nur etwas geringer als rechts, die Maße der abgezogenen Hinterbeine betrugen:

Oberschenkellänge	rechts	15,0 cm,	links	13,5 cm,
Unterschenkellänge	»	15,0 »	»	11,3 »
Fußlänge	»	13,0 »	»	9,5 »

Die am Röntgenbild ermittelten Maße der einzelnen Knochen betrugen:

Länge des Femur	rechts	122 mm,	links	112 mm,
» der Tibia	»	131 »	»	93 »
des Fußes	»	124 »	»	99 »

Das Röntgenbild zeigt ferner, daß auch die betreffende linke Beckenhälfte schwächer ist: die Bestrahlung hatte von der Seite her stattgefunden, so daß die tiefer dringenden Strahlen auch das Becken getroffen hatten, ebenso auch den linken Hoden, der um $^1/_4$ kleiner war (Gewicht des Hodens links 3,0 g, rechts 4,0). Die Maße der Vorderbeine waren laut Röntgenbild völlig gleich.

Weiter wurde ein Wurf von fünf Kaninchen benutzt. Eins blieb als Kontrolltier zurück die anderen wurden im Alter von 27 Stunden in toto bestrahlt, und zwar je eins 5, 10, 15 und 18 Minuten. Bei den drei letzteren kam es zum Haarausfall, der verschieden lange bestehen blieb. Dermatitis wurde nicht beobachtet. Über Größen- und Wachstumsverhältnisse möge die folgende Tabelle Auskunft geben. (Tier 7a, 7, 8, 9 waren bei der Geburt ungefähr gleich groß, Tier 10 zeichnete sich durch besondere Größe aus).

Kaninchen	Bestrahlungsdauer	Gewicht am 50. Lebenstage	Gewicht am 100. Lebenstage
Nr. 7a	nicht bestrahlt	510,0	860,0
Nr. 7	5 Minuten	460,0	gestorben am 93. Lebenstage
Nr. 8	10 Minuten	440,0	705,0
Nr. 9	15 Minuten	345,0	460,0
Nr. 10	18 Minuten	425,0	gestorben am 95. Lebenstage

Beim Kaninchen Nr. 10 war infolge Seitenlage während der Bestrahlung nur die linke Körperhälfte betroffen worden; auch hier zeigte sich nur Haarausfall. Eine Folge davon war meßbares Zurückbleiben der linken Kopfhälfte, des linken Ohres, Vorderbeines und der linken Thoraxhälfte. Ferner war auch die linke Niere bedeutend kleiner. Bei einem anderen Kaninchen, das jetzt ca. 7 Wochen alt ist, war die ganze rechte Körperhälfte bestrahlt worden, und zwar 20 Minuten lang. Es ist nie Dermatitis aufgetreten. Jetzt ist ein sehr erhebliches Zurückbleiben im Wachstum an beiden rechten Beinen, rechtem Ohr und rechter Körperhälfte vorhanden. Zwei

Tieren sind Kopf und beide Vorderbeine bestrahlt. Ein deutliches Zurückbleiben dieser Teile ist die Folge, so daß sie, besonders solange der Kopf noch unbehaart war, mit dem unverhältnismäßig großen Hinterkörper den Eindruck eines kleinen Känguruh machten. Ferner sind noch Kopf allein, Becken und Hinterbeine, Kopf und eine Vorderpfote bei einzelnen Tieren belichtet worden. Bei dem zuletzt erwähnten, das am 18. Tage starb, war schon ein ausgesprochener erheblicher Unterschied in der Größe der Vorderbeine vorhanden.

Ein großer Teil der auch nur partiell bestrahlten Kaninchen geht früher oder später zugrunde, und zwar stets unter den Erscheinungen einer langsam fortschreitenden, hochgradigen Abmagerung. Der Tod erfolgte einige Male nach 3—4 Wochen, meist nach 12 bis 16 Wochen. Bei der Obduktion fand sich bisweilen auch dann, wenn die Milzgegend nicht mit bestrahlt worden war, eine auffallende Kleinheit dieses Organes.

Im ganzen habe ich bis jetzt ca. 20 Tiere bestrahlt. Bei allen ist, wenn die Einwirkung genügend lange gewesen war, eine erhebliche Wachstumsstörung eingetreten. Meist waren schon 10 Minuten hinreichend. Über 20 Minuten ist bisher noch nie exponiert.

Auf Anregung meines Chefs, des Herrn Prof. H. Schlange, dem ich auch an dieser Stelle für die Ratschläge und Unterstützungen bei allen diesen Untersuchungen danke, habe ich dann noch Zweige von Ahorn, Kastanie, Rhododendron und anderen Pflanzen, an denen Knospen kurz vor dem Aufbrechen waren, während 20 Minuten röntgenisiert. Jedesmal zeigte die exponierte Knospe schon nach 2 resp. 3 Tagen ein ganz erhebliches Zurückbleiben gegen die am gleichen Aste befindlichen nicht bestrahlten. Nach ca. 8 Tagen verdorrten die belichteten Knospen und Blätter, während die anderen noch zum Teil frisch grün waren und sich weiter entfalteten.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß bei jungen, noch im starken Wachstum begriffenen Tieren schon kurzdauernde einmalige Röntgenbestrahlungen, die geringer sind als unsere gebräuchlichen therapeutischen Dosen, eine erhebliche Wachstumshemmung in den exponierten Körperteilen hervorrufen können und fast stets auch hervorrufen. Je älter die Tiere sind, desto geringer scheint die Wirkung des Röntgenlichtes zu sein; je jünger die Tiere sind, desto geringere Röntgenlichtdosen sind erforderlich.

Wir müssen daraus folgern, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen bei kleinen Kindern nur bei malignen Neubildungen und malignen Erkrankungen (z. B. Leukämie) angewandt werden dürfen. Auch dann muß der übrige Körper in ausgedehnter und exakter Weise durch Abblendung und Abdeckung geschützt werden. Ferner empfiehlt es sich auch, die Röntgenaufnahmen möglichst einzuschränken, vor allem dieselben nicht zu schnell und häufig zu wiederholen wegen der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen. Die geringste Dosis Röntgenlicht, die

eventuell schon Schädigungen hervorruft, ist nämlich noch nicht bekannt.

---

1) Principiis obsta. Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 52.)

Von dem Grundsatz ausgehend, daß der Krebs in vielen Fällen heilbar ist, und zwar dauernd heilbar in dem Stadium, wo er noch ein lokales Leiden darstellt, und daß das derzeit zuverlässigste Heilmittel das rechtzeitig und richtig angewandte Messer des Chirurgen ist, werden unter Hinweis auf die dauernd steigende Prozentzahl der Dauerheilungen in kurzen aber eingehenden Erörterungen die markantesten Anhaltspunkte für eine Frühdiagnose des Karzinoms in den einzelnen Organen den Ärzten an die Hand gegeben nach Analogie der von Winter in Königsberg unternommenen agitatorischen Tätigkeit, die schon so segensreiche Folgen gezeigt hat.

Hübener (Liegnitz).

---

2) **Schädel.** Ein neues externes Blutstillungsmittel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

S. empfiehlt die unter dem Namen Styptogan (Riedel, Berlin) im Handel befindliche Kaliumpermanganatpaste als äußeres Blutstillungsmittel bei kleineren, namentlich parenchymatösen Blutungen. Dasselbe wird nach sorgfältigem Abtupfen des Blutes sofort auf die betreffende Stelle mit einem Spatel aufgedrückt und stillt die Blutung sofort. Der über die Wunde ragende Teil wird mit einem in Olivenöl getauchten Wattebausch entfernt. Nach ca. 48 Stunden stößt sich der Schorf ab. Ein Verband ist nicht nötig.

Borchard (Posen).

---

3) **S. W. Schapira** (New York). Remarks on local anesthesia, with especial reference in genito-urinary work.

(Amer. journ. of surg. 1906. März.)

Gute historische Übersicht über amerikanische und deutsche, auch französische Literatur. Aus eigenen Erfahrungen empfiehlt S. für die Nieren- und Harnleiterchirurgie Morphium subkutan und Schleich'sche Anästhesie, bei nervösen Personen daneben etwas Chloroform oder Äther; für Blasenoperationen (Ekstrophie, Ulcera, Ruptur, Geschwulst, d. h. Sectio alta) Eukain B 0,2, Aqu. dest. 140,0, Chlornatrium 0,8, Adrenalin (1 : 1000) 0,7, eine Formel, die von Barker angegeben ist; mit derselben Mischung macht Verf. Prostatektomien und Operationen an Hodensack, Hoden und Nebenhoden; für Penisoperationen wird Stovain in 10%iger Lösung, mit 10‰ Kochsalz empfohlen; für Hypospadie und Epispadie 2%ige Eukain B-Lösung; für Urethrotomia int.

Injektion von 2%igem Kokain, für die externa dagegen Infiltration des Dammes mit Eukain B. Für irritable Blase, spastische Strikturen und andere Irritationszustände der Harnröhre hilft als Anästhetikum nur Kokain. Für die meisten Operationen an den Genitalien wirkt auch spinale Anästhesie ausgezeichnet; und zwar soll Kendirdjy's Methode (Stovain) das Meiste leisten. **Goebel** (Breslau).

---

4) **Christie.** The use of stovaine as a local anaesthetic in throat and nose operations.

(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

Stovain hat sich dem Verf. in 63 Fällen von Operationen in Nase und Rachen gut bewährt. Verf. verwendet es in 5%iger Lösung und hat die besten Erfolge gesehen, wenn es einfach in kochendem Wasser gelöst wurde. Von gleichzeitiger Anwendung des Adrenalin sah er keinen erkennbaren Vorteil. Toxische Erscheinungen hat er nicht beobachtet. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

5) **J. Winterberg.** Kurzer Bericht über den bakteriziden und praktischen Wert des Isoforms.

(Medizinische Klinik 1906. Nr. 8.)

Mit Staphylo- oder Streptokokken geimpfte oder mit Eiter versetzte Bouillonröhrchen wurden mit Isoform beschickt. Ferner wurde in keimfreien Schalen aufgefangener Eiter mit Isoformpulver bestreut. Dabei zeigte sich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen Heile's und Galli Valerio's, daß das Mittel schon in verhältnismäßig geringer Konzentration (3%) kräftig antibakteriell und entwicklungshemmend wirkt, und daß die durch Isoformstreupulver an der Eiteroberfläche erzeugte sterile Decke keineswegs darunter ein stärkeres Bakterienleben bedingt. — An etwa 36 eiternden Fällen des Wiener Männerheims wurde Isoform praktisch erprobt (Krankengeschichten). Auf nicht oder nur schwach absondernden Wunden bildete sich ein oberflächlicher Ätzbelag; stark eiternde Flächen reinigten sich unter Linderung des Schmerzes und Beseitigung des Gestankes schnell. Niemals wurde auch nur die geringste Reizerscheinung beobachtet. — Durch die auslaugende Wirkung des strömenden Wasserdampfes wird der Gehalt der Isoformgaze etwa um $^1/_5$ herabgesetzt. Wegen der hohen antiseptischen Wirkung reicht für eiternde Wunden eine nicht sterilisierte 9—10%ige Gaze aus. Für reine Wunden genügt eine zu sterilisierende 1%ige Gaze. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

6) **E. Gallant** (New York). Bartholinitis; its radical cure by a simple measure.

(Amer. journ. of surg. 1905. Dezember.)

Unter 1000 Kranken der Poliklinik des Roosevelthospitals fanden sich 15, unter 1100 der »Northern Dispensary« 9 Bartholinitisfälle.

Bei Verschluß des Ausführungsganges macht Verf. unter lokaler Kokainisierung die Exzision einer Ellipse aus der cystischen Drüse. Die Nachbehandlung besteht in Einlegen eines mit Perubalsam und Ol. ricini getränkten Gazebausches in die Vulva nach jedem Urinieren. Bei offenem, ständig Eiter sezerierendem Gang wird die Drüse stumpf exzidiert; danach, wenn möglich, primäre Naht. **Goebel** (Breslau).

---

7) **R. Kaufmann.** Über Santyl, ein neues Antigonorrhoikum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 11.)

Wieder ein neues Präparat zur internen Behandlung der Gonorrhöe, der von Vieth dargestellte Salizylsäureester des Santalols, Santyl-Knoll genannt, ein gelbes fast geschmackloses Öl, das weder Magen-, noch Darm-, noch Nierenreizungen macht, dreimal täglich zu je 20—30, oder zweimal zu je 40—50 Tropfen (während des Essens oder nachher) zu nehmen; bewährte sich besonders bei Gonorrhoea posterior, bei nervösen postgonorrhoischen Beschwerden usw., und stellt also »eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes« dar.

Jadassohn (Bern).

---

8) **P. Richter.** Über Bubonenbehandlung.

(Med. Klinik 1906. Nr. 8.)

Die beste Behandlung ist die Verhütung der Drüsenentzündung durch rechtzeitige Behandlung des weichen Schankers. Bei beginnender Schwellung empfiehlt R. Jodeinreibung und Druckverband, bei zentraler Erweichung frühzeitige Punktion mit dem Messer mit nachfolgender Wasserstoffsuperoxydeinspritzung (1—3%) und Druckverband.

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **R. Bergh.** Über das Verhältnis des Lymphgefäßsystems bei (primärer) syphilitischer Infektion bei Weibern.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 12.)

Aus der sehr genauen, auf einem großen klinischen Material beruhenden Mitteilungen des Verf. seien folgende Punkte hervorgehoben: Schnurartig geschwollene Lymphgefäße sind bei Frauen selten, häufig dagegen das ebenfalls auf Lymphangitis beruhende harte Ödem der großen Labien. Selten fehlt jede Lymphadenitis; am häufigsten sind nach den Schwellungen der inguinalen Drüsen die der Noduli cervicales post., dann die der submandibulares, dann die der axillären, seltener der diagnostisch vielfach als besonders wertvoll betrachteten epitrochlearen zu fühlen. Es folgen dann noch die occipitalen, die paramammaren, die submentalen und die präaurikularen (ganz vereinzelt die poplitealen) Adenitiden. Vereiterung trat nur in 1,2% der Fälle ein (einmal kubital, einmal axillar, sonst inguinal und submandibulär). **Jadassohn** (Bern).

---

10) **S. Ullmann.** Über Erkrankung des Nebenhodens im Frühstadium der Syphilis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 1.)

Mit Recht hebt Verf. hervor, daß das Vorkommen einer Nebenhodenentzündung im Frühstadium der Syphilis in der Literatur zu wenig gewürdigt wird, trotzdem es (auch nach meiner Erfahrung) durchaus nicht sehr selten ist. Sie tritt nach Fournier »gewöhnlich im 3. Monate nach der Infektion, meist gleichzeitig mit den sekundären Manifestationen«, nach meinem Materiale meist etwas später auf. Sie kann subakut oder auch mehr chronisch, im ersten Falle spontan und besonders bei Druck schmerzhaft, im zweiten schmerzlos sein. In den drei Fällen U.'s wurde die syphilitische Natur der Erkrankung auch durch den Erfolg der Quecksilberbehandlung erwiesen.

Jadassohn (Bern).

---

11) **Malafosse.** Contribution à l'etude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1905. Nr. 11.)

In schweren Fällen von Syphilis, namentlich wenn Störungen des Zentralnervensystems vorhanden sind, empfiehlt M. die subkutane Behandlung der Syphilis mit großen Dosen Sublimat. Er beginnt mit 2 ccm einer Lösung von: Sublimat 0,10 bis 0,30 cg, Jodur du sodium pur q. s. und Eau distillée 10 ccm cubes. Es handelt sich also um eine 1 %ige Sublimatlösung mit einem geringen Zusatz von Natr. jodat. zur besseren Löslichkeit des Quecksilbersublimats; von der Lösung werden unter allmählicher Steigerung 2—12 ccm, d. h. bis über 4 cg Sublimat injiziert. Die Vorteile dieser Behandlung bestehen in schneller eintretender Wirkung und Abkürzung der Behandlungszeit; auch nach Beendigung der Kur wirkt das im Körper abgelagerte Quecksilber noch eine Zeitlang fort. Derartige große Dosen können natürlich nur bei Leuten von kräftiger Konstitution verwandt werden, und ist eine genaue Überwachung bezüglich etwaiger Sublimatintoxikationen erforderlich. Injiziert wird subkutan — nicht intermuskulär — in die Gesäß- oder Lendengegend.

Herhold (Altona).

---

12) **Sprengel.** Die Intermediäroperationen bei akuter Appendicitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

S. konstatiert, daß über die Bezeichnung des intermediären Stadiums der Appendicitis noch keine klaren, einheitlichen Anschauungen vorhanden sind. Er hält es für richtig, als Frühstadium die beiden ersten Tage anzusehen, intermediäres Stadium die Zeit zwischen 3. und 5. Tage zu nennen und die Zeit nach dem 5. Tage als Spätstadium zu bezeichnen. Er betrachtet die Frühoperation fortgesetzt als die rationellste und hat bei seinen Eingriffen innerhalb der ersten



36 Stunden 0% Mortalität, innerhalb der ersten 48 Stunden 5%. Die Operation im intermediären Stadium hält er nicht für so gefährlich, wie sie neuerdings bei uns hingestellt wird und wie das früher vorübergehend auch in Amerika geschehen ist. Die Gefahr im intermediären Zeitraume richtet sich ganz danach, ob die Peritonitis umschrieben oder diffus ist. Verf. glaubt, daß nicht die Virulenz der Bakterien die größte Rolle spielt, sondern die Widerstandskraft des Bauchfelles. Diese ist am stärksten zu Beginn des Anfalles, wenn das freie Frühexsudat sich in die Bauchhöhle ergießt. Sie läßt allmählich nach, je fester und mit je dickeren Schwarten sich der abgekapselte Herd umgibt, eine Erfahrung, in der Ref. dem Verf. unbedingt beistimmen möchte. Es folgt also der relativ geringen Gefährlichkeit des Früh- und Intermediärstadiums eine Zeit der größeren Gefahr des Spätstadiums. Einige wenige betrübende Erfahrungen haben S. dazu gebracht, im Spätstadium bloß die Abszeßinzision ohne Radikaloperation auszuführen. Indessen ist die Frage, was hier zweckmäßig ist, noch nicht prinzipiell geklärt, da man auch bei bloßer Abszeßeröffnung noch Todesfälle an Peritonitis erlebt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) **Baratynski.** Über die Anwendung der Bassini'schen und Kocher'schen Operation in der Leistenbruchtherapie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

Nach den Auseinandersetzungen über die Vorteile oben genannter Operationen kommt B. zu dem Schluß, daß bei Leistenbrüchen mit schwach ausgeprägten anatomischen Veränderungen der Leistengegend, einem engen und schrägen Leistenkanal (die Mehrzahl der Brüche bei Kindern) die Methode Kocher's am zweckmäßigsten ist. Bei manchen Leistenbrüchen mittlerer Größe sind für die Wahl der Operation maßgebend der Grad der Beweglichkeit des Bauchfelles und die Weite der Diastase zwischen der tiefen Schicht der Bauchmuskeln und dem Poupart'schen Bande. Bei beweglichem und überschüssigem Bauchfell ist Kocher's, bei bedeutender Diastase zwischen dem Lig. Poupart. und den tiefen Bauchmuskeln Bassini's Methode angezeigt. Leistenbrüche mit ausgeprägten anatomischen Veränderungen der Leistengegend, die klinisch durch einen breiten, schrägen oder geraden Leistenkanal gekennzeichnet sind, werden nach Bassini's Methode operiert.

Borchard (Posen).

---

14) **H. J. Paterson.** Gastric surgery.

(Lancet 1906. Februar 24 u. März 3.)

Verf. gibt in drei Hunter'schen Vorlesungen, basierend auf umfassenden Sammelstatistiken, ein vorzügliches Gesamtbild des augenblicklichen Standes der Magenchirurgie. Die Chirurgie des Magens steht unter dem Zeichen der Gastroenterostomie, über die zunächst im allgemeinen folgende Thesen aufgestellt werden: 1) Mechanische Hilfsmittel zu Anastomose (Murphyknopf usw.) sind unsicher. 2) Eine kleine

Öffnung kann gelegentlich sich als unzulänglich erweisen. 3) Wenn die Schleimhäute des Magens und Jejunums nicht in Apposition gebracht werden, so kann unerwünschte Zusammenziehung bezw. völliger Verschluß eintreten. 4) Ungefähr 85% der Pat., welche an einfacher Stenose oder Magengeschwür leiden, werden völlig geheilt, in ca. 7% der Fälle tritt wesentliche Besserung ein. Scheiden die Fälle aus, in denen ein mechanisches Substitut (Knopf usw.) gebraucht wurde, oder in denen eine kleine Öffnung gemacht wurde, so beträgt die Zahl der Heilungen 92%. 5) Die Gefahr der später eintretenden Perforation eines eventuellen peptischen Jejunalgeschwüres ist unter 2%. 6) Da einige Pat. ihr normales Körpergewicht wiedergewonnen und behauptet haben und nahezu 20 Jahre vollkommen gesund gewesen sind, so liegt kein Grund zu der Ansicht vor, daß die Gastroenterostomie das Leben verkürzt. Störungen in dem Metabolismus des menschlichen Stoffwechsels usw. werden durch die Operation nicht bewirkt. — Was die Art der Operation angeht, so befürwortet Verf. im Gegensatz zu den meisten modernen Autoren die vordere Gastroenterostomie. Er führt mehrere, wohl stichhaltige Gründe gegen die hintere Anostomose an (innere Hernien in dem Mesokolonloch, größere Gefährlichkeit eines peptischen Jejunalgeschwürs usw.). Keiner der vielen angeführten Gründe gegen die vordere Anastomose erweist sich andererseits nach Verf. der exakten Kritik gegenüber als haltbar.

Bei Betrachtung des Magengeschwüres weist Verf. die außerordentlich schlechten Resultate der internen Behandlung der Krankheit nach. In einer Zusammenstellung von 72 intern behandelten Fällen von Magengeschwür ergibt sich, daß nur 19 frei von Beschwerden für eine gewisse Zeit geblieben sind, so daß die reale Heilungsziffer sicher unter 25% ist. Bei der Praxis aurea allerdings, wo eine bessere Schonung der Pat. möglich ist, sind die Zahlen etwas bessere. — Für die Behandlung der Magenblutung infolge Geschwür, Erosion usw. empfiehlt Verf. folgendes:

Geschieht das Auftreten der Blutung plötzlich, und liegt anamnestisch Geschwür nicht vor, so soll man zunächst eine 4—5tägige absolute Bettruhe und Heißwasserklistiere, verbunden mit absoluter Nahrungsenthaltung durch den Mund, verordnen. Ereignet sich trotzdem eine zweite profuse Blutung, dann ist die Gastroenterostomie zu machen, vorausgesetzt, daß die zweite Blutung nicht durch Außerachtlassung obiger Vorschriften eingetreten war. Man soll mit der Operation zuwarten, bis sich der Pat. von dem Blutungskollaps etwas erholt hat. Bei Blutung infolge bereits vorher festgestellten Magengeschwürs ist die Gastroenterostomie auszuführen, entweder nach einem schweren Anfall oder nach mehreren leichteren, allmählich zur Anämie führenden. — Ist ein Magengeschwür perforiert, so ist im Anschluß an die Naht des Geschwüres die Gastroenterostomie auszuführen; sie verlängert die Operation nur unwesentlich und bietet die besten Heilungsaussichten für eventuell vorliegende mehrfache Geschwüre.

Was den Sanduhrmagen angeht, so unterzieht hier Verf. 71 Fälle

seiner Kritik, an denen die verschiedensten Operationen gemacht wurden: Gastroplastik, Gastrogastrostomie, Gastrojejunostomie und Gastrogastrostomie in Verbindung mit Gastrojejunostomie.

Verf. hält die von Weir und Foot vorgeschlagene Operation, welche die Jejunalschlinge mit beiden Magenteilen verbindet, für die zukünftige Operation der Wahl, da sie einfachste Methode bei den größten Erfolgsaussichten darstellt.

Auch bei infantiler hypertrophierender Stenose des Pylorus, die nicht innerer Behandlung weicht, hält Verf. die Gastrojejunostomie für am Platze. Nach Durchsicht der einschlägigen Literatur scheint sie den anderen angewandten Methoden: Pylorektomie, Pyloroplastik und Pylorodiosis oder der Loretta'schen Operation an Erfolgssicherheit überlegen zu sein.

Bei Karzinom des Magens hält Verf. zunächst den Namen »Pylorektomie« bei der Ausdehnung der Operation, wie sie heutzutage gemacht wird, für unrichtig; er will ihn durch »partielle Magenexstirpation« ersetzt wissen. Er bespricht die drei Arten der Operation nach Billroth I, Kocher und die Operation II nach Billroth. Letzterer möchte er den Vorzug geben, empfiehlt jedoch das Einlegen eines Drains auf das blinde Ende des Duodenums. Über die Erfolge der Gastrektomie möge folgende der Arbeit entnommene Tabelle Aufschluß geben:

	Genesen	Gestorben seit der Operation	Am Leben und gesund	
			3 Jahre nach der Operation	5 Jahre nach der Operation
Totale Gastrektomie	17	5	6	3
Subtotale Gastrektomie	14	6	3	3
Partielle Gastrektomie	55	35	12	5
Total	86	46	21	11

Diese bei der Schwere des Leidens und der Operation immerhin doch schon recht beachtenswerten Erfolge hält Verf., entsprechend der Verbesserung der Technik, für noch erheblich verbesserungsfähig.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

15) **Colmers.** Die Enterokystome und ihre chirurgische Bedeutung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

Unter Enterokystomen versteht Verf. nur Cysten, die ihre Entwicklung aus dem Ductus omphalomesentericus nehmen. Sie entstehen dadurch, daß der Kanal an beiden Enden obliteriert und an dem einen oder anderen Ende sich abschnürt, in seinem mittleren Teile jedoch offen bleibt. Durch Sekretion der abgeschlossenen Schleimhaut kommt es zur Cystenbildung. Die Lage dieser Kystome kann eine

verschiedene sein. Die zwischen Peritoneum und Muskulatur gelegenen sind sehr selten und nur in der Nabelgegend beobachtet worden. Ebenso sind Cysten des Mesenterium sowie subseröse und submuköse solitäre Cysten im Bereiche des Jejunum und Ileum bis zur Bauhinschen Klappe mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Ductus omphalomesentericus zu beziehen. Auch wenn bei starker Entartung der Cystenwand keine anatomischen Anhaltspunkte für den Ursprung aus dem Darm vorhanden sind, ist die Diagnose eines Enterokystoms berechtigt, wenn kein besonders gearteter anderweitiger Befund diese Diagnose entkräftet. Was die innere Auskleidung der Cystenwand anlangt, so kann sie aus normaler Darmschleimhaut bestehen, aber auch mit einfachem oder geschichtetem Cylinderepithel oder einfachem resp. geschichtetem kubischen Epithel oder gar mit Flimmerepithel versehen sein. Wahrscheinlich trägt der Dünndarm diese verschiedenen Epithelarten im Laufe seiner Entwicklung, bevor er die endgültige Schleimhaut mit den Lieberkühn'schen Krypten bildet. Von 35 Pat. mit Enterokystomen des Darmes und des Mesenteriums starben 12, darunter 8 ohne Operation an Darmverschluß oder Peritonitis. Die klinische Diagnose wurde in keinem Falle gestellt. Wenn operiert wurde, geschah dies meist unter dem Symptomenkomplex des Ileus, der Invagination oder des Ascites.

Am Schluß der Arbeit sind die Krankengeschichten sämtlicher in der Literatur erreichbaren Fälle zusammengestellt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

16) **Schifone.** Contributo clinico e sperimentale alla cura radicale del varicocele col processo operativo di Durane.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 11.)

Die operative Behandlung der Varicokele hat zwei Ziele zu verfolgen: 1) die gestörte venöse Zirkulation, welche die Ernährungsstörung der Hoden zur Folge hat, aufzuheben; 2) gegenüber dem Herabsinken der Hoden und der Verlängerung des Samenstranges eine genügende Befestigung zu schaffen. Die Resektion der Venen allein schützt nicht vor Rezidiv, sie hebt die Gefahr einer Verletzung der Arterie oder des Vas deferens. Die Methoden, welche nur der zweiten Indikation dienen (Resektion des Hodensackes, Methode von Parona usw.), lassen die Ernährung der Venen, die eigentliche Ursache der Hodenerkrankung, unberücksichtigt. Es ist nicht anzunehmen, daß sich die erweiterten und verlängerten Venen zurückbilden werden. Verf. empfiehlt als beste, allem dienende Methode die von Durante. Das Venenpaket wird freigelegt und mit einer fortlaufenden Catgutnaht umstochen bis an den Annulus ing. ext. Der Hoden wird nicht geschnürt, sondern die Venen nur zu einem Knäuel aufgewunden. Anfangs- und Endknoten werden miteinander verknüpft. Arterie und Vas deferens sind sorgfältig zu schonen. Sollte man sie dennoch aus Versehen mit einschnüren, so braucht man danach schwere Folgen nicht zu befürchten. Verf. hat bei Hunden den ganzen Samenstrang

in der beschriebenen Weise übernäht und fand danach nur die Venen verengert, aber Arterie und Vas deferens durchgängig.

Die Methode ergab in 24 Fällen bei der Nachuntersuchung ein vollständiges funktionell und anatomisch gutes Resultat.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

17) **E. d'Anna** (Palermo). Il testicolo nei vari stati patologici dell' economia. Le infezioni acute e croniche nel testicolo.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 3.)

d'A. hat bekanntlich auf Grund vielfach variierter Experimente der Überzeugung Ausdruck gegeben, daß das Hoden- wie das Eierstocksgewebe einem kontinuierlichen Vergehen und Werden unterworfen sei, und daß sich dieser Prozeß auch vollziehe, wenn der Organismus sich in pathologischem Zustande befindet. Die vorliegende Arbeit führt diesen Gedanken an der Hand anatomischer Befunde bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten fort.

d'A. hat nun Infektionen vom Typus toxicus, sowie solche vom Typus septhaemicus studiert, vom ersteren Eiterung, Diphtherie, Rotz, Typhus, Tuberkulose, vom anderen Milzbrand. Es ergab sich, daß alle Infektionen eine energische Einwirkung auf die zelligen Elemente des Hodens ausüben. Bei sehr akuten Toxämien und bei der Septhämie tritt Verschwinden der Spermatozoen und eine schwere Zerstörung der fixen Elemente ein, bei schwächerer Toxämie dagegen bleiben, neben Nekrose mancher fixer und mobiler Elemente, andere erhalten. Was die Generationsfähigkeit anbelangt, so konnte beobachtet werden, daß nach schwächeren Toxämien die Meerschweinchen sehr bald die Kopulation ausführten. — d'A. deutet noch an, welche Bedeutung diese Tatsachen für die hereditäre Belastung, z. B. mit Tuberkulose, haben.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mitteilungen.

Über schwere Respirationsstörungen infolge medullärer Stovainanästhesie.

Von

Dr. **W. Greiffenhagen** in Reval.

Unter den unliebsamen Begleiterscheinungen der Rückenmarksanästhesie mittels Stovain finde ich in der mir zugänglichen Literatur nur einmal »erschwerte, schmerzhafte Atmung« erwähnt (Heresco und Strominger, Zentralblatt für Chirurgie 1905 p. 1014). Ich halte es daher für meine Pflicht, über zwei Fälle zu berichten, die den Typus schwerer Atemlähmung darboten. Vorausschicken will ich, daß ich bisher in ca. 30 Fällen die Stovainisierung des Rückenmarkes angewandt und immer dasselbe Präparat benutzt habe (das in Glasampullen befindliche Originalpräparat von Billon-Paris, welches pro Injektion 0,04 Stovain und 0,00013 Suprarenin enthält). Die Punktion des Duralsackes wurde meist im 2. Interarkualraum in der Mittellinie am sitzenden Pat. ausgeführt.

Fall I. G. v. R., 46 Jahre. alt, Rittergutsbesitzer.

Pat. ist wegen beginnender Lungenspitzentuberkulose in einem Sanatorium erfolgreich behandelt worden. Leidet seit ca. 8 Jahren an einem linksseitigen Leistenbruche, der sich, unter dem Einfluß des Hustens, bis auf Faustgröße entwickelt hat und Beschwerden verursacht.

Radikaloperation nach Bassini am 4. Oktober 1905. Punktion im 2. Interarkualraume mittels Bier'scher Kanüle. Liquor fließt im Strahl ab (2 ccm). Das Stovain wird langsam (in ca. 1 Minute) injiziert. Unmittelbar nach der Injektion tiefe Ohnmacht. (Pat. neigt, wie er später angab, zu Ohnmachten.) Pupillen weit und reaktionslos, Puls unfühlbar, Leichenblässe, Atmung stockt. Nach ca. 30 Sekunden, während welcher rhythmische Herzkompression ausgeführt und Kampfer injiziert wird, erwacht Pat. und klagt über erschwerte Atmung, welche einen exquisit kostalen Typus annimmt. Nach wenigen Minuten hört auch die kostale Atmung auf. Pat. wird cyanotisch und klagt über erschwerte Zungenbewegung, die Sprache wird lallend, der Kopf kann nur schwer bewegt werden, und die schnappende Atmung wird nur durch die auxiliären Halsmuskeln bewerkstelligt. Der Puls ist klein und verlangsamt, die Gesichtsfarbe blaß-cyanotisch. Volle motorische Lähmung der unteren Extremitäten, der Bauchmuskulatur, des Zwerchfells und der Interkostalmuskeln, komplette Anästhesie bis zur 2. Rippe, motorische Schwäche der Arme und der Kopfdreher. — Sofort nach Beginn der Respirationslähmung wird mit künstlicher Atmung begonnen (rhythmische Kompression des Thorax, Hebung der Rippenbögen). Das Sensorium bleibt dabei vollkommen frei, die Gesichtsfarbe bessert sich, der Puls hebt sich, der Kranke fühlt sich allmählich besser, doch ist das Sprechen nur stoßweise bei der jedesmaligen künstlichen Exspiration möglich.

Dieser Zustand schwerer Atemlähmung dauert ca. 20 Minuten, innerhalb welcher, unter fortgesetzter künstlicher Atmung, die Radikaloperation nach Bassini ausgeführt wird.

Nach ca. 15 Minuten vom Beginne der Atemlähmung schwinden die Symptome von seiten des Kopfes und die Alalie, nach 25 Minuten kann schon spontan ausgiebig genug geatmet werden. — Dauer der motorischen und sensiblen Lähmung im ganzen ca. 2 Stunden. — Weiterer Verlauf normal. Wundheilung per primam; auch die Lungenaffektion ist in keiner Weise nachteilig beeinflußt worden. Pat. hat im Laufe der nächsten Monate zugenommen, seinen Husten verloren und fühlt sich frisch und gesund.

Fall II. A. J., 46 Jahre alt, Landarbeiter.

Seit einigen Monaten bildete sich eine mitunter schmerzhafte Geschwulst in der rechten Lumbalgegend. Abnahme der Kräfte, Fieber. Harn angeblich normal. Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann. Körperkräfte sehr reduziert. Über beiden Lungen ziemlich ausgedehntes Emphysem. Kindskopfgroßer, schmerzhafter Tumor der rechten Nierengegend. Röntgenbild negativ auf Stein. Im Harn geringe Mengen Eiweiß. Temperatur 38,3, Puls 80. — Diagnose schwankt zwischen Pyonephrose und Neubildung. Probeinzision am 14. November 1905. — $^1/_2$ Stunde vor der Operation Morphium 0,015 subkutan. — Bevor noch der Einstich in den Duralsack gemacht wird, fühlt sich Pat. einige Augenblicke schlecht. Punktion (in sitzender Stellung) im 1. Interarkualraume. Liquor fließt gut ab. Injektion von 2,6 ccm Stovain Billon (= 0,064 Stovain). Gleich nach Beendigung der Injektion wird Pat. sehr unruhig und gibt durch Gebärden zu erkennen, daß er nicht sprechen und atmen könne. Bewußtlosigkeit tritt nicht ein. Etwa 1 Minute nach der Injektion wird die Atmung immer oberflächlicher, Brust- und Bauchatmung schwinden, es bleibt die Atmung der auxiliären Halsmuskeln. Beginnende Cyanose. Sofort wird künstliche Atmung eingeleitet. Puls klein und verlangsamt. Kampfer subkutan. Die Sprache leise, ruckweise an die Exspiration gebunden. Die künstliche Atmung muß ca. 10 Minuten lang fortgesetzt werden, nach 15 Minuten ist die Atmung wieder völlig normal. Volle Paraplegie der Unterextremitäten. Anästhesie bis zur Mammilla. Die probatorische Freilegung der Niere mit Eröffnung des Bauchfells kann schmerzlos ausgeführt werden und ergibt ein inoperables Karzinom. — Die Stovainnachwirkung weicht nicht vom üblichen ab, doch erliegt der



Kranke nach 4 Tagen seinem Karzinom. Die Obduktion ergibt ein fast kopfgroßes, verjauchtes Carcinoma renis.

Was hat nun die schwere Atemlähmung verursacht? Daß es sich in beiden Fällen um reine Stovainwirkung auf die motorischen Nervenwurzeln gehandelt hat, scheint mir außer Zweifel zu sein. Es muß also das Stovain nicht nur die hinteren, sondern auch die vorderen Wurzeln der oberen und obersten Rückenmarkssegmente getroffen habe (Nn. phrenici, intercostales, thoracales usw.), selbst die Hals- und Zungenmuskulatur war betroffen.

Es ist nicht recht ersichtlich, woher in diesen beiden Fällen die Stovainwirkung so abnorm hoch hinaufgereicht hat. Im Fall II ist freilich die Dosis eine größere gewesen, als die von mir bisher verwandte (0,064 gegen 0,04), jedoch keineswegs eine weit über die Maximaldosis hinausreichende; denn 0,07 Stovain sind schon oft ohne schlimme Folgen injiziert worden. Allerdings handelte es sich in Fall II um einen durch sein Leiden reduzierten Kranken, dem vor der Stovainisierung 0,015 Morphium subkutan gegeben worden waren, weil er sich aufgeregt und unruhig gebärdete.

Beckenhochlage ist in beiden Fällen nicht ausgeführt worden (es fehlt also die rein mechanische Erklärung), wenngleich beide Kranke horizontal gelagert wurden, nachdem die Ohnmacht einsetzte. Der Versuch einer Halsstauung im Sinne Bier's (cf. Dönitz, Arch. f. klin. Chir. Bd. LXXVII p. 940) ist unterlassen worden, weil das Bild der schweren Asphyxie sich zu schnell entwickelte und alle verfügbaren Hände mit wichtigen Manipulationen zur Erhaltung des Lebens betraut waren.

Sonstige Abweichungen von der Technik der Injektion sind nicht gemacht worden, so daß mir eine ausreichende Erklärung für das Auftreten der oben beschriebenen außerordentlich bedrohlichen und den Kranken im höchsten Grade ängstigenden Symptome zurzeit noch fehlt. Vielleicht sind derartige Hypereffekte physiologisch ebenso zu erklären, wie die Mißerfolge (natürlich abgesehen von denjenigen, welche durch mangelhafte Technik leicht erklärlich sind), d. h. durch eine Überempfänglichkeit des Individuums gegenüber dem Nervengift (im Gegensatz zu Unempfänglichkeit). Beides bleibt zunächst hypothetisch.

Aber abgesehen vom theoretischen Interesse sind diese Fälle, namentlich die Hypereffekte, von praktischer Bedeutung. Es gilt unter anderem als ein Vorteil der Rückenmarksanästhesie, daß durch Fortfall der Narkose Assistenz erspart wird. In meinen beiden Fällen von Atemlähmung hat die notwendig werdende künstliche Respiration resp. die Beaufsichtigung der Atmung ständig eine Hilfskraft absorbiert, und da es leider bisher keinen Anhaltspunkt dafür gibt, ein solches Ereignis a priori anzunehmen oder auszuschließen, so wird der Chirurg, der unter Medulläranästhesie operiert, gut tun, sich auf alle Eventualitäten vorzubereiten und mit der Möglichkeit des Eintritts einer schweren Asphyxie und deren Konsequenzen rechnen müssen. Hoffentlich wird es in Zukunft — vielleicht gerade durch die verfeinerte Dosierung und Lokalisierung des Stovains vermittels der Regulierung des Liquorstromes durch die Halsstauungen — gelingen, solchen unliebsamen Komplikationen ausnahmslos vorzubeugen.

Reval, 8. Februar 1906.

---

18) **Trautenroth.** Ein Fall von schwerer Stovainvergiftung nach Lumbalanästhesie nebst Bemerkungen über halbseitige Anästhesie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

Nach Injektion von 0,06 Stovain — vorher war 2mal Adrenalin injiziert — trat schwerster Kollaps ein, der durch Kampfer bekämpft werden konnte. Nach leichter Beendigung der Geburt hielt die Nachwirkung des Stovains noch einige Tage an. Nach 14 Tagen zeigten sich Erscheinungen einer umschriebenen Meningitis resp. Wurzelneuritis, welche T. auf die reizenden Wirkungen des Stovains bezieht. Er glaubt, daß dem Tropakokain der Vorzug zu geben sei. Es ist ihm in einem anderen Falle gelungen, eine halbseitige Anästhesie durch Injektion an der

betreffenden Seite zu erzielen. Die näheren Daten der sehr interessanten Publikationen verdienen im Originale nachgesehen zu werden. **Borchard** (Posen).

19) **Pedersen.** Acute oedema of the lungs secundary to ether narcosis.

(Annals of surgery 1906. Nr. 1.)

Nach einer 20 Minuten langen Operation, während welcher Pat. wegen seiner großen Unruhe' ziemlich konzentrierte Ätherdämpfe zur Narkose eingeatmet hat, traten nachträglich, als der Operierte bereits wieder im Bette war, ernste Erscheinungen von Lungenödem ein. Daß es gelang, den Kranken am Leben zu erhalten, schreibt P. namentlich der Anwendung von trockenen Schröpfköpfen (auf Brust und Rücken), der subkutanen Injektion von Nitroglyzerin und dem Hochheben der Beine zu. Durch letzteres wird dem Herzen das Venenblut, welches infolge der erlahmenden Herzkraft nicht mehr angesogen wird, wieder zugeführt und so ein Leerpumpen des Herzens vermieden. Es werden 16 aus der Literatur gesammelte Fälle von infolge Äthernarkose sekundär eingetretenem Lungenödem geschildert, aus welchen Verf. den Schluß zieht, daß es sich in diesen fast stets um eine zu konzentrierte, nicht regulierte Anwendung des Äthers und eine starke Abkühlung des Pat. gehandelt hat. **Herhold** (Altona).

20) **H. O. Butler.** A practical experience with adrenalin as a cardiac and vasomotor stimulant.

(Lancet 1906. März 3.)

Verf. machte mit Adrenalininjektionen (bis ca. 1,0 g) bei einem nach Lungenentzündung fast moribunden Kinde, dessen Atmung bereits den Cheyne-Stokesschen Typus aufwies, einen Versuch, der einen fast wunderbaren Erfolg hatte, als alle anderen Reizmittel versagten. Er meint aber, es sei besser, der Kochsalzinfusion das Adrenalin zuzusetzen, da im ersten Moment nach der Injektion der Stammlösung jedesmal erhebliche Pulsschwäche und Blässe eintrat, bevor die tonisierende Wirkung sich zeigte.

Fraglos eine der eifrigsten Nachprüfung werte Anregung!

H. Ebbinghaus (Dortmund).

21) **P. Clairmont.** Zur endoneuralen Injektion des Tetanusheilserums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

Bei einem 11jährigen Knaben der v. Eiselsberg'schen Klinik, der durch Fall auf Wiesenboden sich einen komplizierten Vorderarmbruch mit reichlicher Zerquetschung von Muskelgewebe zugezogen hatte, brach am 6. Tage neben malignem Ödem Tetanus aus. Injektion von 100 Einheiten (20 ccm) in das subkutane Gewebe der betr. Axilla. Amputation im Bereiche des Oberarmes und hier nach Vorziehung der drei Nerven endoneurale Injektion von im ganzen 70 Einheiten. Der Rest des Fläschchens von 30 Antitoxineinheiten wurde in die umgebenden Muskeln und das Knochenmark injiziert. Am nächsten Tage 100 Antitoxineinheiten wieder in die Gegend des Plexus. Vom 4. bis 8. Tage erhielt Pat. täglich je 20 ccm Tetanusantitoxin subkutan. Am 9. Tage nach Ausbruch des Tetanus waren die Krämpfe definitiv verschwunden.

C. führt den Erfolg in diesem schweren Fall auf die Kombination der lokalen und antitoxischen Behandlung, besonders auf die direkte Injektion in die Nervenstämme zurück und empfiehlt bei Amputationen wegen Tetanus die endoneurale Injektion. **Hübener** (Liegnitz).

22) **Schultz.** Gonorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhöe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Der mitgeteilte, sehr interessante Fall ist deshalb von prinzipieller Bedeutung, weil er zeigt, daß ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhöe eine gonorrhoische



Lymphangitis am Penis entstehen kann und von dieser aus typische gonorrhoische Metastasen in den Gelenken zustande kommen können. **Borchard** (Posen).

23) W. Weitz. Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 11.)

Das Auftreten von hämorrhagischen Flecken bei der sekundären Syphilis der Erwachsenen ist ein sehr seltenes Ereignis — der von W. publizierte Fall ist darum und wegen des histologischen Befundes (Gefäßveränderungen, Fehlen von eigentlicher Entzündung und Hämorrhagien, Transsudat — vermutlich mit Hämoglobingehalt) bemerkenswert. **Jadassohn** (Bern).

24) E. Dalous. Das Erythema syphiloide posterosivum beim Erwachsenen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 12.)

Die unter dem Namen »Syphiloide posterosive« von französischen Dermatologen beschriebene Krankheit ist in der deutschen Literatur auffallend wenig beachtet worden, trotzdem sie praktisch nicht unwichtig ist. Sie kommt ganz besonders bei Kindern in der Gesäß-, Genital- und Oberschenkelgegend vor und besteht in ausgestreuten Erythemflecken, die in Bläschen, Erosionen und schließlich in derbe, glänzende Papeln übergehen. Die letzteren werden außerordentlich leicht mit syphilitischen Papeln verwechselt, von denen sie sich vor allem dadurch unterscheiden, daß sie bei Rein- und Trockenhaltung der Kinder unter indifferenter Behandlung in kürzester Zeit verschwinden. D. hat eine ganz gleiche Hauterkrankung bei einem Erwachsenen beobachtet, der an einer perinealen Harnfistel litt. Durch Einführung eines Verweilkatheters heilte die Haut in 10 Tagen ab. Die histologischen Veränderungen stimmen mit denen einer chronischen Streptokokkendermatitis überein. **Jadassohn** (Bern).

25) W. C. Quinby. The results of operative treatment of general peritonitis following appendicitis, at the Massachusetts general hospital, during the past five years.

(Publications of the Massachusetts general hospital. Boston, Februar 1906.)

In den der Arbeit zugrunde liegenden Krankengeschichten sind alle diejenigen Fälle mit »allgemeiner Peritonitis« bezeichnet, die mit einem Stadium beginnen, in dem der vereiterte Wurmfortsatz von wenig freiem Exsudat umgeben ist bis zu jenen schwersten Fällen, in denen sich bei vollständig verjauchtem, gangränösem Processus Eiter in der ganzen Bauchhöhle findet.

Im ganzen wurden in der angegebenen Zeit 161 Fälle von Peritonitis im Anschluß an Perityphlitis operiert, mit 66% Mortalität. Interessant ist das Zunehmen der Heilerfolge, von 28% im Jahre 1899 und 23% im Jahre 1900 auf 48% im Jahre 1903, während umgekehrt die Mortalität bedeutend zurückgegangen ist, von 72% bzw. 77% auf 52%. Von diesen 161 Pat. zeigten 81 die Symptome schwerster diffuser Peritonitis. Die Mortalität betrug hier 70%. Die meisten (30%) starben innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation. Die Mortalität fällt dann auf 5% am 4. Tag, ohne wieder wesentlich zu steigen.

Eine zweite Operation bei ausbleibendem Erfolge der ersten ist in der Regel tödlich. Verf. sah nur einen Pat. am Leben bleiben.

Erhard Schmidt (Leipzig).

26) Klauber. Zwei Dünndarmschlingen im eingeklemmten Bruch.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 4.)

Bei einem schon lange bestehenden Bruche war es zur Einklemmung gekommen. Bei der wenige Stunden danach ausgeführten Operation lagen im Bruchsack zwei eingeklemmte Schlingen. Das Verbindungsstück zwischen beiden lag in der

Bauchhöhle und war stark gangränverdächtig, seine Gekrösgefäße thrombosiert, während die außen liegenden eingeklemmten Schlingen lebensfähig erschienen. Diese zwei, sowie das Verbindungsstück in der Bauchhöhle gehörten einem langausgezogenen Mesenterialzipfel an. K. erklärt die Ernährungsstörung des Verbindungsstückes dadurch, daß dessen Mesenterium, da das Verbindungsstück dem peripherslen Teile des Mesenterialstückes der gesamten Schlinge angehörte, zweimal sowohl auf dem Hin- und Rückwege die Bruchpforte passieren mußte. Nach Resektion der Schlinge Heilung. **Borchard** (Posen).

27) **G. M. Smith.** Perforated ulcer of the duodenum.

(Lancet 1906. März 31.)

Verf. berichtet über 14 Fälle von Duodenalgeschwürsperforationen aus St. Mary's Hospital. Es handelte sich um 12 männliche und 2 weibliche Individuen. Das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. 3 Fälle wurden, weil zu spät eingeliefert, nicht operiert. Von den übrigen 11 genasen 5, 6 starben an Peritonitis.

Verf. teilt die Perforationen ein in akute, subakute und chronische Fälle. Es ist hierbei das Maßgebende, ob viel oder wenig Darminhalt auf einmal in die Bauchhöhle entweicht. Der der Duodenalperforation entfließende Speisebrei nimmt regelmäßig, wie Verf., abgesehen von dem Augenscheinbefunde bei den Operationen, auch an Leichenversuchen nachzuweisen vermochte, einen bestimmten Weg; dieser wird in der Arbeit an der Hand von Skizzen zur Anschauung gebracht.

Von den 14 Pat. hatten 9 Beschwerden vor der Zeit der Perforation, darunter 3 solche, die auf das Duodenum hinwiesen; diagnostisch waren Schmerzen 2 bis 3 Stunden nach dem Essen von Wichtigkeit. Differentialdiagnostisch stand die Appendicitis im Vordergrunde.

Was die Operationsmethoden angeht, so wandte Verf. an: Exzision und Naht des Geschwüres (2mal), einfach Naht des Geschwüres (4mal) und Netztransplantation (3mal). Irrigation der Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung (7mal mit 5 Heilungen) hält er für vorteilhafter gegenüber dem einfachen Austupfen mit feuchten Tupfern (4mal ohne Heilungen). Die Drainage der Bauchhöhle soll suprapubisch für das Becken und rechts lumbär für die rechte Nierentasche sein.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

28) **A. Lane.** Operations for chronic intestinal stasis and its results.

(Med. press 1906. März 14.)

Die erste der beiden Pat. war eine 36jährige Frau, die seit sehr langer Zeit an schwerer Verstopfung litt. Sie war sehr heruntergekommen, klagte über Kopf- und Leibschmerzen nnd war unfähig, irgendeine Arbeit zu verrichten. Die äußere Haut, im ganzen etwas dunkler, zeigte fleckige Verfärbungen, besonders an den einer Reibung ausgesetzten Stellen. Die Flexura sigmoidea war verengt, fest fixiert und verursachte bei Durchtritt von Kotmassen sehr heftige Schmerzen. Blind- und Querdarm waren stark ausgedehnt und ins Becken verlagert, auch der Magen dilatiert. Stuhlgang erfolgte nur nach großen Dosen eines Abführmittels. Nach Laparotomie in der Linea alba wurde das Ileum, mehrere Zoll von der Valvula ileocolica entfernt, durchtrennt und sein proximales Ende geschlossen. Der Rest des Ileum, Coecum, Colon ascendens und transversum wurden exstirpiert. Das Kolon wurde an der Flexura lienalis geschlossen. Die Kommunikation stellte L. durch laterale Anastomose zwischen Dünn- und Mastdarm her. Die Vereinigungsstelle wurde, um dem Darminhalte den Durchgang zu erleichtern, mit einigen Nähten an der rechten Beckenseite fixiert. Pat. befindet sich wohl.

Im anderen Falle handelte es sich um eine 38jährige Frau. Hier wurde eine ebenfalls sehr schwere chronische Verstopfung durch hochgradige Verlängerung, Erweiterung und Hypertrophie der Flexura sigmoidea hervorgerufen. Gleichzeitig bestand auch hier sehr starke Magenerweiterung. Die Bauchhöhle enthielt reichlich freie Flüssigkeit, deren Ursprung L. auf die Magen- und Darmerweiterung zurückführt. In der Pylorusgegend fanden sich bei der Operation starke Verwachsungen, die den Austritt von Mageninhalt außerordentlich erschwerten. Infolge



des dekrepiden Zustandes der Pat. wurde nur eine Gastrojejunostomie vorgenommen. Auch in diesem Falle erfolgte rasche Besserung der Beschwerden.

Erhard Schmidt (Leipzig).

29) C. B. Maunsell. Remarks on gastro-enterostomy, with description of a new clamp.

(Med. press 1906. Februar 28.)

M. gibt eine neue Darmklemme an, die ihm bei einer Reihe von Gastroenterostomien — er führt in der Regel diejenige nach v. Hacker aus — vorzügliche Dienste geleistet hat. Es ist eine »Zwillingsklemme«, die, wie eine dem Artikel beigegebene Abbildung zeigt, aus zwei gleich geformten und gleich langen Carwardine'schen Darmklemmen besteht, von denen die für den Magen bestimmte etwa doppelt so kräftig ist wie die, welche den Darm fassen soll. Die Länge der Klemmen beträgt 22,5 cm. Die Branchen, 12,5 cm lang, sind federnd, an der Innenfläche mit Längsriefen versehen und tragen an der Spitze einen Vorsprung beziehentlich eine entsprechend geformte Kerbe, wodurch ein Verschieben nach seitwärts vermieden werden soll. Das Wesentliche der Neuerung ist ein nahe den Ösen der scherenförmigen Handgriffe befindliches einfaches Schloß, welches beide Klemmen fest in der Weise miteinander verbindet, daß die Ösen in einer Ebene liegen und die Branchen parallel zueinander stehen, wobei sich die rechte Branche der einen und die linke Branche der anderen Klemme mit ihren Außenflächen berühren.

Die Anwendung geschieht in folgender Weise: Eine Falte des Magens und eine Dünndarmschlinge werden mit der dazu bestimmten Klemme gefaßt. Beide Klemmen werden darauf durch das Schloß aneinander fixiert. Nunmehr legt M. drei hintere Reihen Nähte, macht die nötigen Inzisionen und legt noch eine Nahtreihe davor. Hierauf rät er, die Klemmen zu trennen, um beim weiteren Einfalten der Magen- und Darmwand durch Anlegen der beiden übrigen vorderen Nahtreihen eine zu große Spannung zu vermeiden. M. rühmt die Exaktheit, mit der die zu vereinigenden Darmteile während des Anlegens der Nähte unbeweglich in der gewünschten Lage verharren und den Umstand, daß keine Assistenz notwendig sei und die Gefahr der Infektion durch Darminhalt vermieden werde.

Die M.'sche Klemme wird von Weiss & sons in Dublin hergestellt.

(Auch bei Gastroenterostomien mittels Murphy- oder Jaboulayknopfes leistet diese Klemme vielleicht gute Dienste, wenn es auch wohl nötig sein wird, das Schloß nach Einfügen der Knopfhälften in die Magen- bzw. Darmwand zu öffnen, um die zum Schließen des Knopfes nötige Beweglichkeit der Darmteile zueinander zu ermöglichen. Ref.)

Erhard Schmidt (Leipzig).

30) Bobbio. Sopra un interessante caso di tumore cistico del mesenterio.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 11 u. 12.)

25jähriger Mann, heftige Schmerzanfälle im Leibe, zuletzt mit Erbrechen. Rasche Entwicklung einer Geschwulst. Abmagerung. Laparotomie. Cystische Geschwulst in den Blättern des Dünndarmgekröses, die Därme nach oben geschoben. Punktion ergab 2 Liter schwärzlichen, flüssigen und geronnenen Blutes. Einnähung der Cyste und Tamponade. Innenfläche höckrig. Anfangs Diarrhöe, Kotfistel in der Cyste, dann Heilung der Wunde und Zunahme des Gewichtes. Mikroskopische Untersuchung eines Stückchens der Cystenwand ergibt ein peritheliales Myxo-Fibrosarkom, reichliches interstitielles Bindegewebe, spärliche Mitosen, ausgedehnte hyaline Degeneration. Weiteres Wachstum der Geschwulst wird erwartet.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

31) **Findlay and Buchanan.** Case of typhoideal cholecystitis, in which the usual symptoms of typhoid were absent, and in which the bacillus typhosus was isolated during life from the cystic and intestinal contents.

(Glasgow med. journ. 1906. März.)

Eine 51jährige Frau litt an Cholecystitis mit wechselnder Fiebertemperatur. Die Widal'sche Probe war positiv, aus dem Darminhalte konnten Typhusbazillen gezüchtet werden. Die Operation ergab eitrige Cholecystitis, im Eiter Typhusbazillen; es wurde eine Cholecystostomie angelegt, zahlreiche Gallensteine wurden mit der Zeit entleert. Nach 8 Wochen Tod an Herzschwäche.

Verff. glauben die Erkrankung auf ein vor 25 Jahren überstandenes Magen-Darmleiden beziehen zu müssen. **W. v. Brunn** (Rostock).

32) **Vachel and Stevens.** Case of intrahepatic calculi.

(Brit. med. journ. 1906. Februar 24.)

Ein 52jähriger Mann, der seit 23 Jahren an sehr häufigen Kolikanfällen gelitten hat ohne Ikterus, geht in wenig Wochen zugrunde unter den Erscheinungen septischer Cholangitis. Die Sektion deckt einen subphrenischen Abszeß über dem rechten Leberlappen auf; die Oberfläche der Leber ist bedeckt mit kleinen Vorbuchtungen, die darunterliegenden Steinen entsprechen. Die Gallenblase enthält nur Schleim, keinen Eiter, keine Galle, keinen Stein und ist am Cysticus verschlossen. Ductus hepaticus und choledochus sind mächtig erweitert und enthalten eine große Anzahl — über 100 — Steine. Sämtliche Gallengänge sind stark ausgedehnt, bilden teilweise große Hohlräume, die die gesamte Leber durchsetzen und außer Galle und Schleim 520 Steine enthalten. Die Steine bestehen vorwiegend aus Bilirubinkalk und Cholestearin. **Weber** (Dresden).

33) **G. Oesterreicher.** Über interne Urethrotomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Verf. empfiehlt die auf der III. chirurgischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien (Primararzt R. Frank) mittels des Maisonneuve'schen Urethroms vorgenommene Urethrotomia interna gegenüber den anderen Methoden. **Hübener** (Liegnitz).

34) **C. Ravasini.** Vorläufige Mitteilung über interne Urethrotomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 49.)

R. empfiehlt gleichfalls auf Grund des Nicolich'schen Materiales des Triester Spitales von 436 Fällen (mit 1 Todesfall) die Urethrotomia interna, die mit dem Nicolich'schen Urethrotom ausgeführt wurde. Der Dauerkatheter bleibt 36 Stunden liegen. **Hübener** (Liegnitz).

35) **C. Ravasini** (Triest). La prostatectomia totale transvescicale per l'ipertrofia secondo Freyer.

(Clinica chirurgica 1905. Nr. 4.)

R. berichtet über die Erfahrungen, welche Nicolich in Triest bezüglich der Prostatektomie bei Prostatahypertrophie gesammelt hat.

Nicolich hat bei 12 Prostatikern Prostatektomien ausgeführt. 3mal wurden partielle Exstirpationen, 9mal die Freyer'sche Totalexstirpation durch die Blase vorgenommen (3 bzw. 8 Heilungen, 1 Todesfall). Die Pat. waren zwischen 57 und 83 Jahren alt. 1 Pat. litt an chronischer unvollständiger aseptischer Retention mit Blasendilatation, 3 an chronischer unvollständiger Retention, 8 an vollständiger Retention, die bei einem seit 6 Tagen, bei einem anderen seit vielen Jahren datierte. 5 Kranke lieferten klaren, die anderen sehr trüben Harn; bei zweien war auch die Blase mit Blutgerinnseln gefüllt.

Ein Pat. war 5 Jahre vorher der Bottini'schen Operation unterzogen worden, ohne daß eine dauernde Besserung herbeigeführt worden war. Dieser (von R.



operiert), 71 Jahre alt, hatte eine Prostata von 150 g Gewicht und verließ nach 42 Tagen das Krankenhaus geheilt mit leicht getrübtem Harn.

Nicolich hat die Naht der Blasenschleimhaut stets unterlassen, aber mit Jodoformgaze tamponiert und die Tamponade nach 24—36 Stunden erneuert. Später wurde gelegentlich ein Dauerkatheter eingelegt. Nach durchschnittlich 25 Tagen erfolgte der Harnabgang auf natürlichem Wege.

Der tödliche Ausgang betraf einen 70jährigen Tabiker mit schwerer Bronchitis, dem 8 Jahre früher ein Stein zertrümmert worden war und der mit einer von Gerinnseln prall ausgefüllten Blase eingeliefert wurde. Er starb nach 2 Tagen komatös.

Die Genesenen verließen nach 25—60 Tagen das Spital mit teils klarem, teils leicht getrübtem Urin, ohne Retention. **J. Sternberg** (Wien).

36) **Vedova.** Un nuovo separatore intravescicale delle orine.

(Policlinico 1906. Ser. chir. Nr. 2.)

V. konstruierte einen neuen Urinscheider, den er in ca. 20 Fällen angewendet hat und der auf folgendem Prinzip beruht. Er hat das Aussehen eines Mercier mit langem Schnabel und enthält drei Leitungen, zwei seitliche und eine mediane (in der Konkavität gelegene), deren jede mit einer Anzahl Löcher am Schnabel einmündet. Nach der Einführung wird der Schnabel nach hinten gedreht und das Instrument stark nach unten gesenkt und angesogen im Stehen des Pat., dann zunächst die mittlere Leitung geöffnet. Fließt aus ihr nichts, so liegt das Instrument fest gegen die Schleimhaut, und seitlich sind an dem Trigonum zwei schiefe Ebenen gebildet, die jede nach Abfuhr des Spülwassers nur den Urin des zugehörigen Harnleiters ableiten sollen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

37) **B. Klose.** Zur Technik der intravesikalen Operationsmethode.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 4.)

K. beschreibt einige Verbesserungen, die er bei der intravesikalen Entfernung von Geschwülsten nach Nitze's Methode angebracht hat. Er verwendet einen Brenner, der statt eines massiven Schnabels einen gefensterten trägt. Die Brennfläche ist um die Hälfte kleiner als bei den früher gebrauchten Instrumenten und liegt unmittelbar an der Spitze. Man gewinnt dadurch ein übersichtliches Operationsfeld Zum Brennen benutzt K. statt einer Schlinge aus Platiniridiumdraht eine solche aus Stahldraht, welche elastischer ist und beim Anstoßen an die Blasenwand ihre Form nicht so leicht verliert. Außerdem quetscht er die Neubildung durch und schneidet sie nicht so leicht wie das Platiniridium, bei dem es leicht zu Blutungen kommt, während Verf. diese mit seinem Apparate wesentlich einzuschränken hofft. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **W. G. Nash.** Two cases of renal calculus in children under ten.

(Med. press 1906. März 7.)

N. extrahierte bei zwei Knaben von 8 und 4 Jahren je aus der linken Niere einen Stein von 30 bzw. 25 g Gewicht. Die Steine mußten schon seit ziemlich langer Zeit bestanden haben. Der erste Pat. hatte typische Leibschmerzen und Harndrang mit eitrigem Urin, außerdem war bei ihm die linke Niere deutlich zu tasten. Bei dem anderen Knaben fehlten klinische Symptome fast vollkommen, während mehrere Röntgenogramme einen deutlichen Schatten an der betreffenden Stelle erkennen ließen. **Erhard Schmidt** (Leipzig).

39) **Riddell.** The Roentgen-rays in the diagnosis of urinary calculus.

(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

R. macht zunächst Mitteilung über die Erfahrungen zweier anderer englischer Autoren, Shenton und Reid.

Ersterer hat 1902 in Guy's hospital report über das Resultat seiner Untersuchungen an 200 Fällen berichtet, die ihm zur Untersuchung auf Steinbildung in

den Harnwegen zugewiesen waren. 28mal konnte er sein Urteil in positivem Sinne, 11mal in negativem Sinne abgeben. Die Operation bestätigte seine Diagnose in allen diesen Fällen. Doch fand der Operateur bei 8 Pat. Konkremente, wo die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergebnislos gewesen war, 2mal wurde ein Konkrement vermißt, während der Röntgenologe das Vorhandensein eines solchen geglaubt hatte annehmen zu müssen.

Reid hat am 26. Mai 1905 vor der British electrotherapeutic society einen Bericht über 150 binnen 2 Jahren ausgeführte Untersuchungen erstattet; 36mal stellte er die Diagnose auf Konkremente in den Harnwegen; bei 35 dieser Fälle konnte der Chirurg den Befund bestätigen. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab 27mal ein negatives Resultat, und zwar 12mal bei Verdacht auf Nierenstein und 15mal bei Verdacht auf Blasenstein. Doch konnte der Operateur in je einem dieser Fälle ein Konkrement finden.

R. berichtet dann unter Reproduktion von sehr guten Photogrammen über 16 Fälle eigener Beobachtung; 15mal konnte er in Niere oder Harnleiter einen Stein nachweisen, 1mal nicht. Die Operation bestätigte in allen Fällen die Diagnose.

Ob Verf. noch weitere derartige Untersuchungen angestellt hat, oder ob dies sein gesamtes Material darstellt, erwähnt er nicht; er bespricht eingehend die Technik und die möglichen Irrtümer. **W. v. Brunn** (Rostock).

40) C. Hein (Petersburg). Ein Fall von Ureterocystoneostomie.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1906. Nr. 13.)

Es handelte sich um eine puerperale Cervix-Harnleiterfistel, die bekanntlich viel seltener sind als die operativen Harnleiterläsionen. 5 Monate nach der Geburt kam Pat. in das Alexanderstift mit folgendem Befunde: Im linken Scheidengewölbe ein querverlaufender Narbenzug, der in einen hoch hinaufreichenden Cervixriß einmündet. Hier sickert Flüssigkeit aus. Ein bewährter Urologe fand bei mehreren cystoskopischen Untersuchungen an der Stelle der rechten Harnleitermündung eine divertikelartige Ausbuchtung, die nicht abgeleuchtet werden konnte. In ihrer Umgebung macht sich vermehrte Flüssigkeitsströmung bemerkbar, während an der linken Seite ein feines Grübchen gefunden wurde, dessen Katheterisation nicht gelang. Trotz Injektion von 4 Spritzen einer 4%igen Indigokarminlösung, das keine blaue, sondern eine meergrüne Färbung des Harns bewirkte, glaubte der Urologe nur mit Wahrscheinlichkeit eine rechtsseitige Harnleiterfistel diagnostizieren zu können, während der gynäkologische Befund für eine linksseitige zu sprechen schien. Nachdem ein Okklusivpessar mit 15 cm langem Gummischlauch für 24 Stunden eingelegt war und 580 ccm Urin ergeben hatte, der normal war, wurde die Portio durch zwei Muzeux'sche Zangen 1$^1/_2$ Stunden vor der Operation nach unten gezogen in der Erwartung, daß der kranke Harnleiter alsdann durch angesammelten Urin ausgedehnt würde und bei der Operation leicht zu erkennen sein würde. Das traf zu; denn der rechte Harnleiter war viel dicker als der linke und entleerte sich, als die Muzeux'schen Zangen entfernt wurden, blieb aber doch noch dicker als der linke, der normal ist. Implantation des rechten Harnleiters nach der vom Ref. angegebenen Methode (vgl. d. Bl. 1905 Nr. 47), wodurch voller Erfolg erzielt wurde. Besonders interessant ist das Ergebnis der cystoskopischen Untersuchung 20 Tage nach der Operation: Eingepflanzter Harnleiter als von rechts nach links verlaufender Wulst leicht zu erkennen, nicht ödematös; in der Fortsetzung des zugespitzten Harnleiterendes zwei horizontal verlaufende Fältchen der Blasenschleimhaut; an dem rechten Ende des Wulstes länglicher Spalt, an dem periodische, schnappende Bewegungen wahrgenommen werden können. Linke Harnleitermündung nicht aufzufinden. **Rissmann** (Osnabrück).

41) Illyés. Ein Fall von essentieller Nierenblutung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

Bei dem 44 Jahre alten Manne bestand seit Monaten eine Nierenblutung. Die operative Freilegung und Spaltung sowie die mikroskopische Untersuchung ex-

zidierter Stückchen ergab normalen Befund. Am 3. Tage stand die Blutung und kehrte nicht wieder. **Borchard** (Posen).

42) Cuno und Trappe. Exstirpation einer bösartigen Nierengeschwulst.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Die Operation wurde transperitoneal bei einem 3jährigen Kinde gemacht. Die ziemlich große Geschwulst war ein embryonales Adenosarkom (Birch-Hirschfeld), in dem fremdartige Beimischungen, wie Schleim, Fett, Knorpelgewebe und quergestreifte Muskelfasern, fehlten. $^1/_2$ Jahr nach der Operation ergab die Untersuchung keinerlei Anzeichen eines Rezidivs. **Borchard** (Posen).

43) G. J. Baradulin. Der Nierenechinokokkus und seine Diagnose.

(Medicinskoje Obosrenje Bd. LXIV. Nr. 20. [Russisch.])

44) Derselbe. Ein Fall von Echinokokkus der Beckenknochen.

(Ibid.)

Zwei Fälle aus Prof. Bobrow's Klinik in Moskau.

1) Ein 45 Jahre alter Pfarrer; vor 29 Jahren begannen Schmerzen rechts in der Lende; vor 7 Jahren wurde mit dem Harn nach starken Schmerzen eine Blase mit etwa 50 Tochterblasen entleert, was sich seitdem 1—2mal jährlich wiederholte. In der rechten Nierengegend eine Geschwulst von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen. Bei der Operation (vom Rücken aus) fand man den unteren Nierenpol und bei Untersuchung durch die Bauchdecken die Geschwulst unter der Leber; man vermutete nun Ruptur eines Leberechinokokkus in das Nierenbecken, verlängerte den Schnitt bis zum M. rectus abdominis, öffnete das Bauchfell und tastete die Leber ab. Sie erwies sich als normal. Nun wurde (nach Naht des Bauchfelles) die Niere freigelegt und gespalten; es entleerten sich eine Menge Blasen. Die Echinokokkenmembran wurde an die Haut genäht, zwei Gazestreifen eingeführt. Nach 9 Wochen verließ Pat. mit einer Fistel, die von Zeit zu Zeit Blasen entleerte, die Klinik. — In der Literatur fand B. außer den von Houzel (Revue de chir. 1898 Nr. 8 u. 9) gesammelten 115 Fällen noch weitere 27 Fälle von Nierenechinokokkus.

2) 35jährige Frau, seit 8 Jahren Schmerzen im rechten Beine, welches immer schwächer wurde; vor 4 Jahren fand Pat. am Kreuz eine faustgroße Geschwulst, seit $^1/_2$ Jahr kann Pat. nicht mehr gehen; auch das linke Bein wurde schwach; seit 3 Monaten muß der Harn mit einem Katheter entleert werden. Pat. ist äußerst abgemagert. An den unteren Extremitäten sind Bewegungen nur im linken Knie und in den linken Zehen möglich; Paresen, partielle Anästhesie. Faustgroße Geschwülste in der Regio iliaca dextra, über dem Darmbeinkamme hinten rechts und eine zweifaustgroße in der Kreuzbeingegend, mehr rechts. Alle drei werden inzidiert und große Mengen kleiner Blasen entfernt. In der Geschwulst am Darmbeinkamm entfernte man die Mutterblase und schloß die Wunde; die beiden anderen Geschwülste reichten bis zum usurierten Knochen (Kreuz- und Darmbein), kommunizierten miteinander, wurden tamponiert und entleerten bei jedem Verbandwechsel zahlreiche Blasen. Nach $2^1/_2$ Monaten traten wiederholte Blutungen aus der vorderen Fistel auf und führten innerhalb 9 Tagen zum Tode. Sektion: Außer im Kreuz- und Darmbein beiderseits finden sich große, mit Blasen gefüllte Höhlen in der rechten Glutäalmuskulatur, die zu den Beckenknochen führen und teilweise vereitert sind, ferner beiderseits an der vorderen äußeren Seite der oberen Teile der Oberschenkel Höhlen mit breiigem, blasenhaltigem Inhalte. In der Art. hypogastrica dextra, 2 cm von der Teilungsstelle der Art. iliaca comm. dextra entfernt, eine 1 cm große Arrosionsöffnung. — Es handelte sich also um Echinokokkus multilocularis im Knochen und Echinokokkus unilocularis in den Weichteilen und in der Beckenhöhle. — Bisher sind 78 Fälle von Knochenechinokokkus beschrieben, davon 23 im Beckenknochen. Perforation einer Arterie wurde nur noch in einem Falle beobachtet (A. subclavia, Fall Dixon — in Le Dentu, Traité de chirurgie Bd. II, 1896). **E. Gückel** (Romanowka, Saratow).

45) **Stork.** Prolapse of the uterus in a virgin.
(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

Der Fall betrifft ein 18jähriges gesundes, kräftiges Mädchen aus gesunder Familie. Erste Menstruation mit 14 Jahren; von ihrem 13. Jahr an hatte Pat. Gebäck auszutragen. Im Alter von 16 Jahren begannen die Beschwerden, der Vorfall bildete sich allmählich aus und wurde ein vollkommener; Pat. hatte sehr darunter zu leiden. Ventrofixation sowie vordere und hintere Kolporrhaphie haben eine vollständige Heilung gebracht, so daß Pat. jetzt täglich 10—12 Stunden beschwerdefrei im Geschäfte stehen kann. **W. v. Brunn** (Rostock).

46) **Brunet** (Berlin). Ergebnisse der abdominalen Radikaloperation des Gebärmutter-Scheidenkrebses mittels Laparotomia hypogastrica.
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LVI. Hft. 1.)

B.'s fleißige Arbeit bringt die Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchung von 70 in der Mackenrodt'schen Klinik operierten Fällen von Gebärmutter-Scheidenkrebs. 64 Fälle sind genau mikroskopisch untersucht. Darunter sind 34 Collumkrebse, 17 Portio-, 4 Scheiden-, 8 Cervixkarzinome und nur 1 primärer Körperkrebs.

30mal hatte das Karzinom Scheidenmetastasen gesetzt (abgesehen von den 4 primären Scheidenkarzinomen). Die Parametrien waren in 66% aller Fälle karzinomatös (bei 75% Operabilität!). Unter 70 Fällen wurden 57mal die regionären Drüsen ausgeräumt, 47mal waren die Drüsen mikroskopisch bereits untersucht, davon 24mal mit positivem Krebsbefunde. B. schließt daraus, daß bei lokal beschränktem Uterus-Scheidenkrebs die regionären Drüsen in 30% — bei fortgeschrittenem Uteruskrebs mit infiltrierten Parametrien die Drüsen in 45% aller Fälle infiziert sind. Diese Annahme stimmt mit der von den früheren Untersuchern angegebenen Zahlen im wesentlichen überein. R. betont, daß auch durch die sorgfältigen Untersuchungen B.'s wieder erwiesen ist, daß das Karzinom zunächst lokal kontinuierlich wächst und nur in $1/3$ aller Fälle Drüsenmetastasen macht. **Kroemer** (Gießen).

47) **Mackenrodt** (Berlin). Ergebnisse der abdominellen Radikaloperation des Gebärmutter-Scheidenkrebses mittels Laparotomia hypogastrica.
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LIV. Hft. 3.)

M. betont wieder einmal in vorstehendem Aufsatze die Vorzüglichkeit seines »Laparotomia hypogastrica« genannten Verfahrens zur Radikalentfernung des Gebärmutter-Scheidenkrebses mit Entfernung des gesamten Beckenbindegewebes (Lig. lata, Uterin- und Beckenparametrien und Parakolpien) möglichst im Zusammenhange mit den regionären Drüsen. Verf. schildert mit guten Illustrationen die Technik seiner Operation, welche im wesentlichen mit der bekannten erweiterten Freund'schen Operation: »der sogenannten abdominalen Radikaloperation« anderer Operateure übereinstimmt. Ref. konnte wenigstens keinen wesentlichen Unterschied oder Vorzug des M.'schen Verfahrens vor den anderen herauslesen. M. berichtet über 70 Fälle; bei 42 waren Drüsen entfernt worden. Davon enthielten 15mal die Drüsen Krebsmetastasen. Von den zugehörigen Kranken (1 Jahr und länger bis zu 4 Jahren beobachtet) starben zwei, drei wurden rezidiv, zehn sind bisher rezidivfrei. Also auch M. kann bisher noch keine Dauerheilung nach seinem Abdominalverfahren bekannt geben. Im höchsten Grade bemerkenswert ist, daß M., einst der enragierteste Vertreter der abdominalen Radikaloperation, nunmehr die gänzliche Streichung der vaginalen Totalexstirpation noch nicht verlangt, da die Operationsvorzugsfrage erst durch reichliches Nachprüfen gelöst werden müßte. **Kroemer** (Gießen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. **Sonnabend, den 19. Mai.** **1906.**

Inhalt: 1) **Schjerning,** Gedenkschrift für R. v. Leuthold. — 2) **Gaffky,** Fremdkörper und Wundinfektion. — 3) **Haward,** Phlebitis und Thrombosis. — 4) **Rubner,** Zur Krankenhaushygiene. — 5) **Schumburg,** Händedesinfektion. — 6) **Heyerdahl,** Entfernung schwer auffindbarer Fremdkörper. — 7) **Tomaselli,** Arteriennaht. — 8) **Schultze,** Klemmnaht. — 9) **Bull,** Transplantation. — 10) **Rochs, Coste** und **Abel,** Die aseptischen Operationen im Garnisonlazarett Straßburg. — 11) **v. Veress,** Lupus postexanthematicus. — 12) **Krause,** Hautblastomykose. — 13) **Porosz,** Abstoßen des Nagels. — 14) **Dreuw,** Euguform bei Hautkrankheiten. — 15) **Brewitt,** Spätresultate bei komplizierten Schädelbrüchen. — 16) **Johnson,** 17) **Büdinger,** Bauchfelltuberkulose. — 18) **Lennander,** Behandlung der akuten Peritonitis. — 19) **Stricker,** 20) **Klemm,** 21) **Turner,** 22) **Villemin,** Appendicitis. — 23) **Owen,** 24) **Schmidt,** Leistenbruch. — 25) **Menne,** Magenkrebs und Trauma. — 26) **Lessing,** Lageveränderung des Dickdarmes bei Aufblähung. — 27) **Gelpke,** Der Murphyknopf. — 28) **Pocell,** Darmanastomosierung.

I. **Dolcetti,** Ein Fall von Herznaht. — II. **E. Joseph,** Zur Technik der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie. (Original-Mitteilungen.)

29) **Herberg,** Mit Kohlenstückchen durchsetzte Narbengeschwulst. — 30) **Kromeyer,** Alopecie. — 31) **Meirowsky,** Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen. — 32) **Dalous** und **Constantin,** Seemannshautkarzinom. — 33) **Hodara,** Acanthosis nigricans. — 34) **Brandweiner,** Mycosis fungoides. — 35) **Jordan,** Hydroa vacciniformis. — 36) **Unterberger,** Cholesteatom der Schädelknochen. — 37) **Nicoll,** Schädelresektion. — 38) **Kropeit,** Zur Diagnose der Douglasexsudate. — 39) **Hoffmann,** 40) **Kappeler,** Appendicitis. — 41) **Hutton,** 42) **Axhausen,** Herniologisches. — 43) **Roth,** Darminvagination. — 44) **Pantaloni,** Zur Chirurgie des Dickdarmes. — 45) **Payr,** Mastdarmstenose durch verkalktes Uterusmyom. — 46) **Lotsch,** Atresia ani vesicalis. — 47) **Richter,** Mastdarmkrebs.

1) **O. Schjerning.** Gedenkschrift für Rudolph v. Leuthold. II Bände mit 1322 S.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1906.

Der Nachfolger des verstorbenen Generalstabsarztes der Armee gibt dem als Festschrift zum 50jährigen Dienstjubiläum gedachten, infolge des zwei Monate vorher erfolgten Todes v. Leuthold's nun zu einer Gedenkschrift gewordenen Werke ein warmes Begleitwort in Gestalt eines in Form und Inhalt gleich würdigen Nekrologes. Die zwei stattlichen, aufs vornehmste ausgestatteten, mit einem Bilde v. Leuthold's und vorzüglichen Figuren im Text und auf 16 Tafeln versehenen Bände zerfallen in vier Teile: Allgemeine Hygiene und Mili-

tärgesundheitspflege. Innere Medizin und Militärmedizin. Chirurgie und Kriegschirurgie. Spezialfächer und Militärsanitätswesen. Es finden sich, um nur einige zu nennen, Beiträge von Rubner, Uhlenhuth, Gaffky, Löffler, v. Leyden, Goldscheider, Kraus, Heubner, Ilberg, Widemann, Dautwiz, Martius, Ziehen, v. Michel, Greeff usw. Die den Chirurgen speziell interessierenden Themata werden in diesem Blatte besonders referiert werden; wir begegnen da Arbeiten von v. Bergmann, Orth, Waldeyer, Küster, Bardenheuer usw. Hier sei nur auf die Fülle von Mitteilungen über Typhus, Ruhr, Trinkwasserversorgung und -sterilisation, Immunisierung, Herzkrankheiten, Röntgenographie, über Augenerkrankungen usw. hingewiesen. Wie die Gedenkschrift ein Denkmal, aere perennius, für den verehrten Toten ist, so ist sie auch ein ehrenvolles Zeugnis für den wissenschaftlichen Geist, der unser Sanitätskorps beherrscht, und für den geistigen Zusammenhang zwischen ihm und den vornehmsten Vertretern ärztlichen Wissens und Könnens. **Goebel** (Breslau).

---

2) **Gaffky.** Fremdkörper und Wundinfektion.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. I. p. 221.)

Nach ausführlicher, klarer, historischer Übersicht, in der die mechanische Hilfswirkung der Fremdkörper bei der Wundinfektion, aber auch — außer den eigentlich pathogenen Bakterien — die Rolle der mit in die Wunde gelangten chemisch wirksamen Faktoren in Gestalt saprophytischer Bakterien bzw. organischer, der Zersetzung anheim gefallener Substanz hervorgehoben wird, teilt Verf. Versuche mit, die eine Lücke in den bisherigen Versuchsreihen ausfüllen sollen. Diese Lücke ergibt sich aus der Tatsache, daß die bisher im Tierversuche zur Infektion benutzten und samt den betreffenden Fremdkörpern eingeführten Mikroorganismen nicht gleichzeitig auch ohne Verwendung von Fremdkörpern in Kontrollversuchen auf ihre Wirksamkeit geprüft sind. Im Verein mit Leuchs wurden daher vom Verf. Meerschweinchen subkutan mit verschieden großer Menge eines pathogenen Kapselbazillus allein und zugleich mit sterilisierten Schwämmchen, Wollstoffstückchen, Holzsplittern und Erde, die mit der Reinkultur getränkt waren, infiziert. Diese Fremdkörper, zumal die Wollstoffstückchen, begünstigten in unverkennbarer Weise die Infektion und den tödlichen Ausgang, worüber ausführlich mitgeteilte Tabellen unterrichten. Eine besondere Versuchsreihe ergibt, daß eine Beimengung von Blut zu dem Fremdkörper die Infektion nicht in bemerkenswerter Weise begünstigt, daß aber erhebliche Mengen extravaskulären Blutes, auch ohne Beimengung von anderen Fremdkörpern, die Infektion entschieden befördert.

Trotzdem kommt aber G. im Hinblick auf die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und Versuche zu dem Schluß, daß die Frage, ob es zu einer Wundinfektion kommt oder nicht, auch bei Fremdkörperverletzungen in der Hauptsache von anderen Faktoren

abhängt; in erster Linie stets von der Art und der Virulenz der eingedrungenen Mikroorganismen.

Goebel (Breslau).

3) **W. Haward.** Phlebitis and thrombosis.

(Lancet 1906. März 10 u. 17.)

Verf. bespricht an der Hand zahlreicher Abbildungen das Wesen der Gefäßthrombose und Phlebitis, histologisch und klinisch. Die Phlebitis ist eine der häufigsten Ursachen der Thrombose. Beschrieben finden wir in der Arbeit die Thrombosen bei Gicht, bei Chlorose, bei Typhus, bei Influenza, bei Appendicitis (in 3334 Fällen 29mal mit 7 Lungenembolien) und bei einfacher Schwäche. In übersichtlichen Tabellen zusammengestellt sind in der Arbeit die Verteilung der Thrombosen mit tödlichem Ausgang auf die einzelnen Körpervenen; die Ausgangspunkte des Leidens; eine Zusammenstellung der Krankheiten, mit denen Lungenarterienthrombose vergesellschaftet war; die Krankheiten, bei denen tödliche Lungenembolie beobachtet wurde; die Venen, in welchen Thromben vorkamen, die zur tödlichen Lungenembolie führten; beschrieben finden wir auch die Seltenheiten auf diesem Gebiete, die Thrombosen der Vena cava mit kutanem oder subkutanem Kollateralkreislauf. Ausführlich besprochen werden die Thrombosenursachen in den einzelnen Gefäßgebieten und die Stoffe, die die Blutgerinnung begünstigen und verlangsamen. Besonders eingehend bespricht Verf. am Schluß die Behandlung der Phlebitis und Thrombosen, bei der die Ruhelagerung natürlich einer der wesentlichsten Faktoren ist; es ist stets zu bedenken, daß bei gesunder Gefäßwand die Organisation des Thrombus viel schneller geschieht, als bei phlebitischer Veränderung der Wandung oder septischem Thrombus.

Wennschon die Arbeit kaum etwas Neues bringt, so ist sie doch eine dankenswerte Zusammenstellung des Hierhergehörigen; allerdings finden sich unter den 88 Nummern des Literaturverzeichnisses 84 Arbeiten aus englischer Feder.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

4) **M. Rubner.** Betrachtungen zur Krankenhaushygiene.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. I. p. 1.)

In einem ersten Abschnitte macht der bekannte Hygieniker auf die Entwicklung des Krankenhauswesens aufmerksam. Trotz Abnahme der Mortalität und Morbidität hat die Verpflegungsziffer in den Krankenhäusern rasch (1874—1900 um 83%) zugenommen; besonders ist die Zahl der in den Privatanstalten Verpflegten gewachsen. Die ganze Krankenhausverpflegung spielt sich aber wesentlich in den Städten ab, und je größer sie sind, einen um so größeren Anteil an Kranken absorbieren dieselben. Die ländlichen Kranken befinden sich größtenteils in häuslicher Pflege. Wenn dies auch durch bessere Wohnungsverhältnisse, mehr verfügbare Zeit der Landbevölkerung zur Pflege ihrer Kranken usw. erklärbar ist, so fehlt es doch auf dem Lande an Anstalten. Aber auch in den Städten ist die Verteilung ungleichmäßig, insofern die kleinen Anstalten weniger Anziehung als die

großen ausüben. Verf. rät deshalb zu rationeller Verteilung der Kranken, zu deren Durchführung er schon früher Meldestationen empfahl. Letztere wären auch gut als Auskunftsstationen, besonders für die Angehörigen von Schwerkranken.

Im zweiten Teile rügt Verf. zunächst einige Übelstände bei modernen Krankenhausbauten, so die übertriebene Errichtung kostspieliger Isolierstationen; er betont die Notwendigkeit von Genesungsheimen, der Anstellung hygienisch wohlgeschulter und die hygienischen Einrichtungen überwachender Persönlichkeiten, die Bedeutung der Kostordnung.

In einem dritten Abschnitt endlich wird die Frage des Krankenpflegepersonals berührt, die Bedeutung des weiblichen Geschlechts für die Krankenpflege hervorgehoben und mit Bedauern die Zunahme der nicht in Orden oder zu sonstigen Gemeinschaften verbundenen Krankenpflege ausübenden Personen konstatiert. **Goebel** (Breslau).

---

5) **Schumburg.** Versuche über Händedesinfektion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

S. fand bei seinen Versuchen die überraschende Tatsache, daß ohne jede Ausnahme selbst 20 Minuten langes Waschen der Hände mit Seife und Bürste, wie es bei den Chirurgen üblich ist, den Keimgehalt der Hände nur wenig zu verringern vermag. Ja nicht selten fand er die Zahl der Keime nach dem Seifen höher wie vorher, und zwar selbst dann, wenn die sterilen Bürsten gewechselt und mit sterilem Wasser abgespült wurden. Dagegen ergab sich, daß man mit Waschung von absolutem Alkohol in der kurzen Zeit von $1^1/_2$ bis 2 Minuten ganz erheblich sicherer die Mehrzahl der Bakterien von der Handfläche beseitigen kann. Diese Wirkung ist wohl als eine mechanische aufzufassen, da ja die bakterizide Kraft des absoluten Alkohols bekanntermaßen eine nur geringfügige ist. Wegen des teuren Preises des absoluten Alkohols machte Verf. analoge Experimente mit dem gewöhnlichen denaturierten Spiritus und bekam ganz dieselben guten Resultate wie mit dem absoluten Alkohol. Auch bei diesem gewöhnlichen Brennspiritus ward der gleiche Erfolg durch seine fettlösende Wirkung erzielt, welche ihn befähigt, die Haut in den feinsten Furchen zu benetzen und die Keime fortzuspülen. Immerhin war der Erfolg des absoluten Alkohols wie des denaturierten Spiritus nicht so vollkommen, wie es wünschenswert erschien. Nach einer Reihe orientierender Versuche fand S., daß eine Alkohol-Äthermischung von 2 : 1 mit $^1/_2$%iger Salpetersäure für die Hand auf die Dauer verträglich ist und sicher auf die Fettlösung und Keimentfernung wirkt. Die Waschung mit diesem Gemische entfernt bis auf wenig Reste, meist über 99%, die in der Tiefe der Haut vegetierenden und schwer zugänglichen Bakterien, und zwar schon nach einem $2^1/_2$ Minuten lang dauernden Reinigungsverfahren. Die Anwendung nicht sterilisierter Wattebäusche liefert dabei bessere Ergebnisse als die Des-

infektion mit der sterilen Bürste. Will man, was Verf. gar nicht für nötig hält, noch zum Schluß ein Desinfektionsmittel anwenden, so empfiehlt es sich, das 10%ige Wasserstoffsuperoxyd anzuwenden, das die Haut weniger reizt als Sublimat. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

6) **S. A. Heyerdahl.** En nye methode til fjernelse afsmaa fremmedlegemer i extremitäterne.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1906. Nr. 4.)

Zur Entfernung kleiner, schwer auffindbarer Fremdkörper hat H. die Holzknecht'sche Methode, unter wechselndem Tages- und Röntgenlicht zu operieren, derart modifiziert, daß er nach vorausgeschickter orientierender Durchleuchtung zunächst eine Inzision gegen den vermutlichen Sitz des Eisensplitters oder der Nadel macht. Unter Benutzung des Röntgenschirmes führt er dann von der Wunde aus eine Zange ein und faßt den Eisensplitter im Gewebe. Das in der beigegebenen Figur abgebildete Instrument ähnelt der Mathieu'schen Fremdkörperzange. Die Zange, mit welcher der Eisensplitter wie mit einem Péan angeklemmt wird, bleibt liegen und dient als Leitsonde, welche das präparierende Messer zum Fremdkörper hinführt.

Revenstorf (Hamburg).

---

7) **G. Tomaselli** (Messina). Sugli esiti lontani della sutura col metodo dell' affrontamento dell' endotelio e sui processi di guarigione delle ferite arteriose.

(Clin. chirurgica Bd. XI. Hft. 5.)

Eine experimentelle Arbeit aus dem Institute Salomoni's. T. konstatiert, daß die Methode des Aneinanderlegens des Endothels zur Naht von Arterienwunden als leichteste, schnellste die beste ist, vor sekundären Blutungen am ehesten schützt und Verengerungen der Lichtung durch Invagination oder später durch Thromben ausschließt. Auch die Aneurysmagefahr ist sehr gering. Die histologischen Vorgänge entsprechen einer fast vollständigen Normierung der verletzten Stelle. Nach 5—6 Monaten ist die Muskelschicht, die elastische Faserschicht im mittleren Stratum und in der Intima wie in der Adventitia wieder hergestellt. Die Lamina elastica interna wird nicht regeneriert. An den Grenzen der Naht findet sich Hypertrophie der Muskel- und elastischen Schicht in der Adventitia.

J. Sternberg (Wien).

---

8) **F. Schultze.** Die Verwendung der Klemmtechnik in der Chirurgie, nach dem Prinzip der fremdkörperfreien Klemmnaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 517.)

Die Technik seiner Nahtmethode hat S. in einem früheren, von uns in diesem Blatte 1905 p. 1212 referierten Arbeit speziell für die

Gastroduodenostomie nach Pylorusresektion beschrieben. Vorliegende Abhandlung, die gleiche Methode für mannigfache andere Operationsaufgaben unter Beifügung von Figuren beschreibend, hat S. als Vortrag auf der vorjährigen Naturforscherversammlung veröffentlicht und verweisen wir auf seinen bezüglichen Selbstbericht in diesem Blatte 1905 p. 1341. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

9) **P. Bull.** Om transplantation.

(Tidsskrift for den norske Laegeforening 1906. Nr. 5 und 6.)

Kurze historische und kritische Übersicht über die Entwicklung der Transplantationstechnik, über die Erfahrungen bei der Deckung von Defekten mittels Überpflanzung gleichartiger Gewebe, sowie über die Versuche von Transplantation wichtiger Organe. B. kommt zu folgenden allgemeinen Schlußsätzen: In dem transplantierten Gewebe tritt stets eine mehr oder minder tiefgreifende Nekrose ein. Das Regenerationsvermögen, von dem das Resultat zum Teil abhängt, ist groß bei Haut, Knorpel, Schildrüse und Eierstöcken, gering bei Knochen, Muskeln und besonders bei Nervengewebe. Auch die Einpflanzung eines toten Gewebsstückes kann die Regeneration von dem umgebenden Gewebe aus fördern. Überpflanzungen gelingen am besten beim gleichen Individuum, besser bei jüngeren als bei älteren und besser bei Übertragung auf solche Stellen, die den Entnahmeorten korrespondieren.

Revenstorf (Hamburg).

10) **Rochs, Coste** und **Abel.** Die aseptischen Operationen im Garnisonlazararett Straßburg innerhalb der letzten 4 Jahre; Indikationsstellung; Rückschlüsse auf die Kriegschirurgie. 61 S.

(Sonderabdruck aus der v. Leuthold-Gedenkschrift. II. Bd.)

C. beschreibt gegenüber den zahlreichen Schilderungen chirurgischer Tätigkeit in Kliniken die in einem großen Militärlazarett getroffenen Einrichtungen und das darin geübte Verfahren und gibt eine Übersicht über eine fortlaufende Reihe von Operationen (138 kleinere, 152 größere) und ihre Ausgänge. Im Anschluß daran bespricht A. die Indikationsstellung bei Operationen in Lazaretten und schließt: Der chirurgisch tätige Sanitätsoffizier arbeitet unter hochgesteigerter Verantwortung und Kritik. Diese machen ihm eine gewisse Zurückhaltung in der operativen Tätigkeit zur Pflicht, zumal bei Operationen, die nicht zur Lebensrettung ausgeführt werden. Er muß bei letzteren stets die Eigenart der militärischen Verhältnisse berücksichtigen; die Operation muß in absehbarer Zeit entweder mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die Dienstfähigkeit wieder herstellen oder bei vorliegender Dienstbeschädigung mit großer Wahrscheinlichkeit den Grad der Dienst- und Erwerbsunfähigkeit bessern. Operationen, die diese Bedingungen nicht erfüllen, sollen nur ausgeführt werden, wenn ein Hinausschieben dem Kranken einen nicht wieder gut zu machenden



Schaden bringen würde. — R. fügt Rückschlüsse auf die Kriegschirurgie an, unter Betonung der Forderung, daß gerade im Hinblick auf die Tätigkeit im Felde der Militärarzt schon im Frieden mit einfachen Mitteln Asepsis zu treiben lerne. Die im einzelnen dargelegten neueren kriegschirurgischen Erfahrungen ergeben eine erhebliche Einschränkung der operativen Maßnahmen in der ersten Linie. Zur Sicherung der Pflege und Nachbehandlung bei Schwerverletzten und Operierten wird die Hecker'sche Bettrage empfohlen (Abb.).

Georg Schmidt (Berlin).

---

11) **F. v. Veress.** Über Lupus vulgaris postexanthematicus.
(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 11.)

Es ist eine jetzt schon recht bekannte Tatsache, daß bei Kindern im Anschluß an akute Exantheme, besonders häufig an Masern disseminierte Eruptionen von Lupus (und auch von Tuberculosis verrucosa cutis) auftreten. Verf., welcher über einen solchen im Anschluß an Varicellen aufgetretenen Fall berichtet, schlägt vor, diese Form als »postexanthematischen Lupus« zu bezeichnen. Bisher war man meist der Ansicht, daß diese Lupuseruptionen auf hämatogenem Wege zustandekommen — von einem latenten oder manifesten tuberkulösen Herde aus; es ist ja bekannt, daß die akuten Exantheme — und wiederum ganz besonders die Masern — einen »weckenden«, einen »provozierenden« Einfluß auf Tuberkulose haben. v. V. versucht, der Anschauung Unna's folgend, diese Auffassung des postexanthematischen Lupus zu widerlegen — wie mich dünkt, nicht mit Glück. Er betont, daß man den disseminierten Lupus doch kaum je nach anderen fieberhaften und ansteckenden Krankheiten, als nach Exanthemen sieht — aber er kommt doch auch nach Keuchhusten vor, und gerade die Exantheme bedingen eben wahrscheinlich auch eine besondere Disposition der Haut (Zirkulationsverhältnisse!). Die Krankheit kommt gewöhnlich erst während oder nach der Rekonvaleszenz zum Ausbruch — aber die Bazillen, die mit dem Blut in die Haut gelangt sind, müssen sich doch auch dort erst entwickeln! Es entstehen keine anderen Metastasen, keine allgemeinen Embolisierungen — das ist nicht erwiesen, denn kleine Herde in den inneren Organen können der klinischen Konstatierung entgehen; vielleicht besteht eben auch eine besondere Disposition der Haut. Schubweise Exazerbationen können auch nach Monaten vorkommen — gewiß, die Quelle ist ja nicht erschöpft, und daß das so oft vorkommt, ist kaum erwiesen. Dagegen lassen sich gegen die von Unna und v. V. vertretene Anschauung von der multiplen Inokulation, welche durch die Schädigung der Haut und durch das Kratzen begünstigt wird, vielfache andere Einwendungen machen. Warum sind solche Inokulationen bei Ekzemen, die doch so oft disseminiert vorkommen, viel mehr und viel länger jucken, viel stärkere Hautschädigung bedingen als die akuten Exantheme, kaum zu beobachten? Warum kommen die multiplen Lupusfälle auch nach Keuchhusten vor? Warum sind sie nicht nach Varicellen mit ihren

viel besseren Inokulationsgelegenheiten häufiger als nach Masern? Die Lokalisation an Ellbogen, Knien und Gesäß kann bei beiden Annahmen (wenn auch unzureichend) erklärt werden — die Lokalisation gerade an der rechten Wange ist wohl nicht so häufig. Endlich kommen »postexanthematisch« auch Lichen scrophulosorum und Scrophuloderma vor, bei denen von äußerer Inokulation wohl nicht die Rede sein kann. Der Lupus exanthematicus hat ferner, wie andere hämatogene Tuberkulosen auch, eine viel größere Tendenz zu spontaner Heilung, als der Inokulationslupus; er ist ein für die Haut selbst viel gutartigerer Prozeß. Was endlich die histologische Struktur angeht, so ist es ein Irrtum, wenn v. V. annimmt, daß bei den hämatogenen Dermatosen der Anfang des Prozesses in den Kapillargefäßen und seine Ausbreitung nach dem Gefäßsystem nachweisbar sein muß. Es ist bekannt, wie schnell die Kapillarwände unter dem Einfluß der Tuberkelbazillen zugrunde gehen, und wenn die »Embolisierung« in den Kapillaren des Papillarkörpers stattgefunden hat, so braucht der Prozeß natürlich dem Gefäßsystem nicht zu folgen und kann oberflächlich bleiben. So ergibt sich denn m. E., daß diese interessante Form der Tuberkulose auch nach der anregenden Arbeit des Verf. am einfachsten als hämatogen aufgefaßt werden kann. **Jadassohn** (Bern).

---

12) **F. Krause.** Die sog. Blastomykose der Haut.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 4, 5, 7 u. 12.)

Verf. hat einen Fall beobachtet, welchen er auf Grund des klinischen und histologischen Befundes als zu der sog. Blastomykose oder Gilchrist'schen Krankheit gehörig diagnostizierte. Fädige, z. T. rosenkranzförmige Gebilde, welche mikroskopisch gefunden wurden, deutet er auf Grund von Untersuchungen Unna's als Elacin; der Nachweis von Blastomyceten gelang nicht. Nach seiner ausführlichen Literaturwiedergabe schließt der Verf., daß es nur eine nachgewiesene Blastomykose der Haut gäbe, wie sie von Buschke in seinem bekannten Falle beschrieben worden ist; die amerikanischen Fälle von »Blastomykose« aber, welche mit der Tuberculosis verrucosa cutis große Ähnlichkeit haben, und welche wesentlich dem Typus Gilchrist entsprechen, kann er nicht als durch Hefepilze, resp. durch Pilze überhaupt, erzeugt anerkennen; weder das Kultur- noch das histologische Ergebnis sei in diesem Sinne zu verwerten; die mikroskopisch aufgefundenen Pilze könnten zum mindesten vielfach als hyaline Bildungen aufgefaßt werden. Er sieht das Wesen der Erkrankung in einer Epithelwucherung mit miliaren Abszessen. (Ich will in eine Kritik der Schlüsse dieser Arbeit nicht eintreten, sondern nur gestehen, daß mir die Schilderungen der amerikanischen Autoren und die Darstellung auch der amerikanischen Fälle durch Buschke den Eindruck gemacht haben, daß es sich hier um eine eigenartige Krankheit handelt, bei welcher Pilze eine kausale Bedeutung haben. Dagegen kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, daß der Fall, von dem der

Verf. ausgegangen ist, in seiner Diagnose mir nicht einwandsfrei zu sein scheint. Ich glaube nämlich, daß sowohl auf Grund der Anamnese [die Pat. nimmt Brom], als auch auf Grund der Lokalisation [Unterschenkel] und des klinischen Befundes [warzige Wucherungen mit kleinen Einschmelzungsherden im Epithel] die Diagnose eines tuberösen Bromexanthems sehr nahe liegt. Das histologische Bild [epitheliomartige Epithelwucherung und miliare Abszesse] kann, wie ich aus der Literatur [Pini] und auch aus eigenen Präparaten weiß, bei diesen seltenen Bromexanthemen ganz ähnlich sein.)

Jadassohn (Bern).

---

13) **M. Porosz.** Das Abstoßen des Nagels.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 3.)

Um die oft großen Beschwerden zu lindern, welche nach dem Panaritium der noch nicht abgestoßene Rest des alten Nagels und nach Abstoßung desselben der mangelhafte Schutz der Fingerkuppe bedingt, bepinselt P. die Nagelfläche (und nur diese) mit Kollodium; Schmerzen und Beschwerden hören sofort auf. **Jadassohn** (Bern).

---

14) **Dreuw.** Euguform bei Hautkrankheiten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 6.)

Euguform (ein azetyliertes Kondensationsprodukt von Guajakol und Formaldehyd) ist »wegen seiner schmerzstillenden, austrocknenden und stark aufsaugenden Wirkung, sodann aber wegen seiner adstringierenden und antiseptischen Eigenschaften« zur Nachbehandlung nach Gefrierung und Salzsäureätzung des Lupus (Dreuw), als Paste bei papulösen und pruriginösen Ekzemen, ferner bei allen möglichen Geschwürsprozessen (auch Ulcus molle und Ulcus cruris ebenfalls nach Vereisung und Salzsäureätzung) zu empfehlen. **Jadassohn** (Bern).

---

15) **Brewitt.** Untersuchungen über die Spätresultate nach komplizierten Schädelbrüchen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

Von 72 Pat. mit komplizierten Schädelverletzungen wurden 60 geheilt entlassen, 2 verließen mit leichten Beschwerden das Krankenhaus und 10 starben. Das Hauptbestreben ging bei der Behandlung dahin, die Knochenwunde freizulegen und, wenn möglich, sofort die Lücke der Schädelkapsel zu verschließen. Wo bei frischen Fällen infolge starker Beschmutzung der Defektstelle sowie der Knochentrümmer eine ausreichende Säuberung nicht möglich war, wurde ebenso wie in alten Fällen mit schmierigem Wundbelag von der Wiedereinpflanzung abgesehen. Auch Fälle von Hirnvorfall oder tiefgehender Zertrümmerung des Gehirns mit Liquorausfluß kamen für den primären Verschluß nicht in Frage. Bei der Technik der Wiedereinpflanzung der Bruchstücke komme es hauptsächlich auf die Vereinigung der Weich-

teile durch Naht an, da bei offener Wundbehandlung die Knochenstücke von den Granulationen verdrängt und ausgestoßen werden. Von 36 Wiedereinpflanzungen sind in 28 Fällen die Bruchstücke reaktionslos eingeheilt. Dem Verfahren der Reimplantation ist mehrfach der Vorwurf gemacht worden, die eingepflanzten Knochen übten einen Druck auf das unterliegende Gehirn aus und bildeten den Grund zu schweren nervösen Störungen. Verf. hat eigentlich nur einmal eine Senkung der wiedereingepflanzten Knochenstücke beobachtet, und es ist zweifelhaft, ob hier nicht andere Gründe für die zerebralen Beschwerden und Störungen vorlagen. Jedenfalls beweisen ihm eine Reihe anderer Erfahrungen, daß Schädelknochendepressionen nicht notwendig Störungen im Gefolge haben müssen, während in einigen anderen Fällen die vorhandenen Störungen nicht auf die Wiedereinpflanzung der Knochen, sondern auf herdförmige Hirnzertrümmerungen zurückzuführen waren. Jedenfalls zeigte sich aus den Entlassungsbefunden und den Nachuntersuchungen, daß Verletzungen der Schädelkapsel allein, sowie auch solche mit Beteiligung des Schädelinhalts, bei denen die Schädellücke sofort gedeckt ward, zur völligen Heilung ohne Hinterlassung von Beschwerden gelangen können.

Die sekundäre Schließung traumatischer Schädellücken wurde viermal vorgenommen, und zwar dreimal wegen der Gefahr, die eine nur häutige Bedeckung des Gehirns einem Manne der arbeitenden Klasse bietet, und einmal wegen posttraumatischer epileptiformer Anfälle.

Bei 30 Pat. wurde bei der ersten Versorgung der Schädelwunde von einem Verschluß der Lücke Abstand genommen und die Heilung durch Granulationen erstrebt. 8 von diesen starben an der Schwere der Verletzung, die übrigen 22 verließen zum Teil mit einer Knochenlücke geheilt das Spital. Unter den Fällen, die mit offenem Ventil, d. h. mit größerer Knochenlücke entlassen wurden, ist ein Pat. besonders interessant, insofern er typische epileptische Krämpfe trotz der mangelnden Knochenbedeckung bekam. Im ganzen wurden von den 6 mit offener Lücke aus der Behandlung hervorgegangenen Kranken 3 später ohne Störung gefunden.

Die Ansicht des Verf. geht auf Grund seiner Beobachtungen und eines Vergleiches mit analogen Veröffentlichungen aus anderen Kliniken dahin, es sei zweckmäßig, frisch erworbene Lücken im knöchernen Schädeldach bei komplizierten Frakturen nach Möglichkeit sofort zu schließen, da die auf diese Weise Behandelten, was die Dauerheilung anlangt, günstigere Erfolge aufwiesen, als die ohne Deckung mit Schädellücke Geheilten. B. stellt sich damit Kocher's Ansicht entgegen, der für das Offenbleiben der Schädeldecke eintritt. Gegen die Gültigkeit dieser Anschauung werden einige Fälle, darunter ein neuer aus Körte's Praxis zitiert, bei denen gerade durch Deckung der Knochenlücke vorher vorhandene Beschwerden vom Schwindel bis zum epileptiformen Anfall beseitigt wurden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



16) **R. Johnson.** Unsuspected tuberculous peritonitis.

(Practitioner 1906. p. 33.)

Verf. weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten beim Einsetzen akuter peritonitischer Erscheinungen hin und zeigt an der Hand von mehreren Fällen, wie latent die Bauchfelltuberkulose verlaufen kann, um plötzlich Symptome hervorzurufen, die durchaus das Bild des Ileus (Perforations-, Obturations-, Strangulationsileus, Invagination) vortäuschen und sofortigen operativen Eingriff erheischen. Man soll daher immer bei Fällen von Darmverschluß auch an die Bauchfelltuberkulose als Ursache denken und dementsprechend Nachforschungen anstellen.

Jenckel (Göttingen).

17) **K. Büdinger.** Über die chirurgische Behandlung der Bauchfelltuberkulose.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 8 u. 9.)

Als den größten Fehler muß man es betrachten, wenn nach der Erkenntnis von der Seltenheit der idiopathischen Peritonitis noch immer jede Heilung nur der Operation zugeschrieben wird. Darüber kann jetzt kein Zweifel mehr herrschen, daß mancher operierte Fall auch spontan geheilt wäre. Die Frage lautet gegenwärtig: Gibt es Fälle, die nicht bei exspektativer, wohl aber bei operativer Behandlung heilen? Ist die Eröffnung des Bauches imstande, die Heilung anzubahnen oder zu beschleunigen? Die Ergebnisse der Statistiken sind hier recht zweifelhaft, namentlich deshalb, weil die Heilung der Bauchfelltuberkulose so ungemein schwer festzustellen ist. Der Weg zur Heilung geht bei der exsudativen Form über die trockene; diagnostizierbar ist zuerst nur das Verschwinden der Flüssigkeit. Das symptomlose Bestehen einer trockenen Peritonitis ist niemals mit Sicherheit auszuschließen.

Außer der spontanen Aufsaugung und der operativen Therapie gibt es bei der exsudativen Form noch eine weitere Heilungsmöglichkeit, die der spontanen langsamen Entleerung der Flüssigkeit nach außen. Es ist ungemein verlockend, derartige Fälle zur Erklärung der Wirkung des Bauchschnittes bei Tuberkulose heranzuziehen. Die Laparotomie kann bei tuberkulöser Peritonitis keineswegs als eine ungefährliche Operation bezeichnet werden. Abgesehen von direkten Todesfällen im Anschluß an die Operation kommen selbst bei der größten Vorsicht in der Lösung der Verwachsungen nicht selten Kotfisteln vor; ab und zu wird auch die Bauchwunde tuberkulös infiziert, und es entstehen langwierige fistulöse Prozesse. Außer dem unbedingt ablehnenden Standpunkt in der Frage der Operation gibt es noch zwei divergente Auffassungen: entweder man operiert möglichst früh, oder man wartet, bis die interne Therapie versagt hat und mehrmalige Punktionen erfolglos geblieben sind. Wenn die Erkrankung des Bauchfelles nicht die einzige nachweisbare Lokalisation der Tuberkulose ist, so hängt die Indikationsstellung natürlich von der per-

*

sönlichen Abschätzung des Chirurgen ab. Die Operation verdient sehr oft nicht den Namen »Laparotomie«, indem sie bloß in einer Inzision der Bauchwand besteht, und es nicht zur Eröffnung des Bauchraumes kommt, weil die Därme am vorderen Peritoneum parietale fixiert sind. Trotzdem bringen auch solche Eingriffe nicht selten auffallende Veränderungen im Bereiche der Scheingeschwülste hervor.

Paul Wagner (Leipzig).

---

18) **K. G. Lennander.** Über die Behandlung der akuten Peritonitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 1.)

Die hier veröffentlichte Arbeit ist das Referat über die Peritonitisbehandlung, das L. für den vorjährigen ersten internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel geliefert hat, und über welches bereits im vorigen Jahrgang unseres Blattes p. 1310 ein Referat erschienen ist. Auf dieses wird verwiesen, zugleich aber bemerkt, daß L. mancherlei therapeutische Maßnahmen empfiehlt, ohne sie jedoch selbst erprobt zu haben, z. B. die systematische Anlegung von Dünndarmfisteln bei Darmparalyse oder gar aus demselben Grunde die Darmresektion in Länge bis 2 m. Von anderen empfohlenen Maßregeln, die erprobt zu sein scheinen, z. B. der energischen rektalen Einverleibung von Nahrung und Medikamenten, sowie gleichartiger Injektionen in Blinddarmfisteln, erfährt man nicht genau genug, welche Erfolge damit erzielt wurden, wie denn überhaupt der Mangel jeglicher Mitteilung über die erreichten praktischen Resultate der Überzeugungskraft von L.'s Auseinandersetzungen Eintrag tut und der Leser den Eindruck behält, als wäre der Verf. selbst noch nicht ganz über alle Punkte der Peritonitistherapie mit sich im reinen. Besonders eingehend wird die Drainage behandelt, und mag zur Vervollständigung des vorjährigen Referates mitgeteilt werden, daß L. mit Kautschukröhren drainiert und mit grobem Baumwollengarn (Docht) tamponiert. In die Drainröhren wird Wasserstoffsuperoxyd oder Glyzerin mit Wasserstoffsuperoxyd eingeträufelt. In einem Nachtrage zur Arbeit erwähnt L., daß er jetzt Kautschukoperationshandschuhe, die als solche nicht mehr brauchbar sind, mit Vorliebe zur Drainage anwendet; es bilden sich um solche Verklebungen ungleich langsamer als um Gaze. Auf die Drainage der subphrenischen und anderer versteckter Bauchhöhlenräume wird besonders Rücksicht genommen und die dafür notwendigen Schnittführungen erörtert. Auch die vaginale Drainage wird geübt, übrigens in manchen Fällen es für das Beste gehalten, den ganzen Medianschnitt offen zu halten.

(Aus dem Angeführten erhellt, daß L.'s Behandlungsprinzipien in vielen Punkten von in Deutschland erprobten Grundsätzen abweichen, ohne daß es aufgeklärt ist, ob sie wirklich vor diesen den Vorzug verdienen.)

Am Ende der Arbeit hat L. seinen Standpunkt in 14 Schlußsätzen tunlichst kurz zusammengefaßt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

19) **Stricker.** Die Blinddarmentzündung (Perityphlitis) in der Armee von 1880—1900. Mit 10 Tafeln.

(Bibliothek von Coler. Berlin, **August Hirschwald**, 1906.)

Eine Bearbeitung der Blinddarmentzündung in der Armee, gegründet auf:

1) die Friedenssanitätsberichte der Jahre 1880—1900;

2) die Durchsicht und den Inhalt sämtlicher in den Lazaretten während der Zeit geführten Krankenblätter;

3) persönliche Erfahrungen.

6390 Krankengeschichten sind der Arbeit zugrunde gelegt. Davon scheiden 94 mit der Diagnose: Typhlitis stercoralis, Colica stercoralis und Obstipatio aus. Von den übrig bleibenden 6296 Fällen sind 270 (= 4,3%) gestorben, 84,4% geheilt und dienstfähig, 11,3% geheilt, aber dienstunbrauchbar oder invalide. Eingerechnet sind 235 operierte Fälle mit 28% Mortalität. Für die ausschließlich intern behandelten Fälle (6061) gibt dies 96,6% Heilungen und 3,4% Todesfälle. Ein anderes Bild erhält man, wenn man — wie Verf. auf einer Tafel tut — die in der Zeit vom 1. Januar 1900 bis 1. Januar 1905 behandelten Blinddarmentzündungen betrachtet. In dieser Zeit wurden in der Armee 4498 Blinddarmentzündungen behandelt, davon 629 (= 14%) operativ, und die Gesamtmortalität beträgt 3,1%. Für die ausschließlich intern behandelten Fälle sinkt die Sterblichkeit auf 1,1%, für die operierten Fälle beträgt sie 15,5% (gegen 28% oben!), Unter den einzelnen Armeekorps schwankt die Sterblichkeit der operierten Fälle zwischen 0 und 34%.

Im Zeitraume von 1897—1902 gingen jährlich von einer halben Million Soldaten rund 18 Mann an Perityphlitis zugrunde. Daraus folgt, daß die Blinddarmentzündung den gemeinhin angenommenen Charakter der hohen Sterblichkeit in der Armee nicht besitzt.

Aus dem sehr ausführlich behandelten Kapitel »Ätiologie« möge nur die traumatische Entstehung der Blinddarmentzündung erwähnt werden. In 410 Fällen wurde eine solche vermutet. Verf. sagt dazu: »Man vertritt jetzt wohl ziemlich allgemein die Ansicht, daß der gesunde und leicht bewegliche Wurmfortsatz einem mechanischen Insult ohne Nachteil ausweichen wird, ohne zu erkranken. Schädigende Folgen können nur entstehen, wenn die Appendix a. einen Fremdkörper, besonders als häufigsten einen Kotstein oder einen Eiterherd beherbergt, b. so mit der Nachbarschaft verwachsen ist, daß sie nicht ausweichen kann, c. im Augenblick der Gewalteinwirkung durch Obstipation eine prallere Füllung ihrer Lichtung und des Blinddarmes besteht, d. durch Starre ihrer Wandung ein Ausweichen erschwert oder unmöglich wird.« Indessen hält Verf. selbst 410 Fälle traumatischer Genese für zu hoch gegriffen.

Als Komplikationen bei Blinddarmentzündung werden verzeichnet: Lungenentzündung in 41, Rippenfellentzündung in 127 (rechts 89, links 18, beiderseitig 20), Venenthrombose in 42 (davon der linken

Femoralis 30), Mandelentzündung in 164, Eiweisharnen bzw. Nierenentzündung in 76 Fällen.

Der perityphlitische Abszeß brach 57mal in den Darm, 18mal in die Harnblase, 5mal in die Pleurahöhle und Bronchien, 6mal nach außen durch die Muskulatur durch.

Von sämtlichen 6296 perityplitiskranken Soldaten hatten 276 (= 4,4%) vor dem Diensteintritt bereits einen einmaligen (85,5%) oder mehrmaligen (14,5%) Anfall überstanden. Diese 276 Wiedererkrankungen in Abzug gebracht, entfallen auf 6020 Ersterkrankungen während der Dienstzeit 905 Rückfälle (= 15%). Sie traten nach der Primäraffektion im ersten Halbjahr bei 413, im zweiten Halbjahr bei 303, im dritten und vierten Halbjahr bei 106 und später bei 83 erkrankt gewesenen Leuten auf. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Nachforschungen nach dem Schicksale solcher Heeresangehörigen, welche bald nach Genesung von ihrem Perityphlitisanfall aus dem Dienst ausgeschieden sind.

Die interne Behandlung der Blinddarmentzündung war in den Lazaretten eine verschiedene; nämlich:

1) Ausschließlich Abführmittel mit oder ohne äußere Applikation von Wärme oder Kälte. (867 Fälle mit 1,5% Mortalität.)

2) Opiate mit oder ohne äußere Kälte, seltener Wärme. (3018 Fälle mit 4,6% Mortalität.)

3) Abführmittel in Verbindung mit Opiaten. (894 Fälle mit 4,47% Mortalität.)

4) Nur äußere Anwendung von Kälte oder Wärme oder Einreibungen. (492 Fälle mit 1,2% Mortalität.)

5) Indifferente interne Therapie. (302 Fälle mit 1% Mortalität.)

6) Ohne nähere Angaben über das eingeschlagene Verfahren. (488 Fälle mit 0,4% Mortalität.)

Verf. selbst ist, wie er sagt, unter Umständen für die Behandlung der Perityphlitis mit Abführmitteln und kann sich auch für die schweren Formen von Blinddarmentzündung nicht für die reine Opiumtherapie begeistern, »da sie durch Erhöhung der ohnehin infolge peritonealer Reizung bedingten Darmlähmung und durch ein künstlich erzeugtes Wohlbefinden des Kranken diejenigen Erscheinungen verschleiert, welche vor allem für eine Entscheidung zur Operation maßgebend sind«.

Unter den in den Berichtsjahren operativ behandelten 235 Fällen wurde nur in 11 Fällen die prophylaktische Entfernung des Processus zwecks Verhütung eines Rezidivs ausgeführt; die übrigen Operationen entfallen auf Eiterungen. Den Nachweis derselben suchte man 48mal durch Probepunktion im Dämpfungsbezirk zu erbringen. Verf. rät von dieser gefährlichen und unnötigen Methode ebenso ab, wie er wohl auch nur, um davor zu warnen, von zwei Operateuren berichtet, die in je einem Falle die eröffnete Abszeßhöhle primär schlossen, natürlich um am anderen Tage die Fäden wieder lösen zu müssen.

Dagegen redet Verf. sehr der Sekundärnaht nach der 3. Woche das Wort, um die Dienstfähigkeit nach Operationen zu erhalten.

Recht wenig ermutigend sind die Resultate der Operationen bei diffuser Peritonitis in den Berichtsjahren. Wir finden, obwohl offenbar der größte Teil der 53 Fälle schon vom 1. Krankheitstage an in Behandlung stand, eine Mortalität von 100%.

Die Forderung, nach Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses stets die Radikaloperation nachzuholen, geht nach Ansicht des Verf. auf Grund der Armeestatistik zu weit. Betreffs der Frühoperation bekennt sich Verf. zwar im Prinzip als Anhänger derselben, kann sie aber doch nicht ausnahmslos für die Armee empfehlen, da seiner Ansicht nach wenigstens die Hälfte der frühoperierten Soldaten dienstunbrauchbar werden.

»Für den diagnostischen Wert der Leukocytenzählung bei Perityphlitis ergeben sich aus den militärärztlichen Beobachtungen etwa folgende Schlüsse:

1) Eine fieberhafte Blinddarmentzündung mit Exsudat bewirkt eine Steigerung der Zahl der weißen Blutkörperchen.

2) Diese läuft im allgemeinen rücksichtlich ihrer Dauer der Fieberbewegung parallel und zeigt rücksichtlich ihrer Höhe bei bestimmten Krankheitsformen eine bestimmte Regel- und Gesetzmäßigkeit.

3) Eine untere Zahlengrenze als Beweis der eitrigen Natur des Exsudates läßt sich nicht mit Sicherheit aufstellen. Eine größere Anzahl der in den Lazaretten operierten Fälle ließ schon bei einer Leukocytenmenge von 15000—17000 ausgedehnte Eiterungen erkennen.

4) Ein- und mehrmalige sehr hohe Leukocytenwerte sind für perityphlitische Eiterungen nicht beweisend.

5) Dauernde erhebliche Zunahme der Leukocyten (über 15000) deutet mit einiger Zuverlässigkeit auf Abszeßbildung hin.

6) Mit der Eiterentleerung sinkt die Leukocytenzahl um so rascher zur Norm, je rascher die Eiterung ihr Ende erreicht.

7) Komplikationen der Blinddarmentzündung beeinflussen die Leukocytenmenge in verschiedenen Richtungen.

8) Eine normale oder gering vermehrte Leukocytenzahl ist meist als ein günstiges prognostisches Zeichen für den Ablauf einer frischen Perityphlitis aufzufassen, doch kann sie auch der Ausdruck einer mangelhaften Reaktionsfähigkeit des Körpers sein.

9) Bei der chronischen Perityphlitis wurde eine Hyperleukocytose gemeinhin vermißt. Hier wie bei den meisten rezidivierenden Blinddarmentzündungen spielt die Zählung der weißen Blutkörperchen für das therapeutische Handeln eine untergeordnetere Rolle als im akuten Anfalle.

10) Mit dem Eintritt allgemeiner Bauchfellentzündung geht gewöhnlich ein starker Abfall der Leukocytenwerte einher.

11) Das operative Vorgehen im akuten Anfalle kann nicht allein durch die Hyperleukocytose bestimmt werden.

12) Aber diese ist für den Entschluß zum chirurgischen Eingreifen von Bedeutung und mitbestimmend im Verein mit den durch

die bekannten physikalischen Untersuchungsmethoden erhobenen Befunden und den Allgemeinerscheinungen.

13) Darum muß die Zählung der weißen Blutkörperchen möglichst in täglichen Zwischenräumen und zu denselben Tagesstunden in allen Lazaretten für jeden Perityphlitisfall zweifelhafter Prognose angestrebt werden. Die Zählmethode ist bei einiger Übung nicht schwer zu erlernen, aber, wenn vorschriftsmäßig geübt, zeitraubend.«

Grunert (Dresden).

---

20) **P. Klemm.** Über die Erkrankung des lymphatischen Gewebes und ihr Verhältnis zur Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 427.)

K. liefert eine allgemein-»theoretisierende Betrachtung über die Funktion der lymphatischen (bzw. »adenoiden«, Ref.) Gewebe und deren Reaktion bakteriellen Infektionen gegenüber, wobei übrigens die Berücksichtigung der Appendicitis keine allzu große Bevorzugung findet, vielmehr auch die Rachenangina, eitrige Lymphadenitis und Osteomyelitis und der Appendicitis fern liegende Erkrankungen, als Diphtherie, Typhus, Syphilis, Erysipel usw. in Mitbetrachtung gezogen werden. Überhaupt schneidet die Erörterung die mannigfachsten und schwierigsten pathologischen Allgemeinprobleme an, so außer der dem Thema näher liegenden Theorie der Leukocytose, sowie der Frage nach der physiologischen Aufgabe und Funktion der Leukocyten die Begriffsdefinitionen der Entzündung, Eiterung, sowie der Erkältung. Den ganzen Gedankengang dieser Raisonnements wiederzugeben, ist hier nicht der Ort. Bemerkt sei nur folgendes. K. hebt hervor, daß die Zeit der stärksten Entwicklung aller adenoiden Gewebe, wozu er auch den Wurmfortsatz mit seinen reichlichen Follikelanlagen zählt, diejenige der Kindheit bzw. des Wachstums ist, und daß deshalb die Prädilektionszeit für Erkrankung dieser Organe auch auf dieselben Lebensperioden falle. Die große Bedeutung der Appendicitis auch für die späteren Lebensdezennien aber macht, scheint dem Ref., ihre Betrachtung gerade von diesem Gesichtspunkt aus zu keiner sehr glücklichen. Plausibler schienen ihm folgende Ausführungen. Die lymphatische Substanz bildet sich besonders gern dort an, wo sich bakterienreiche Ostien und Höhlen finden: Nasen-Rachenraum, Darm. Die physiologische Aufgabe dieser Leukocytenwälle scheint zu sein, den Körper hier gegen das Einbrechen der Bakterien zu schützen. Zugleich bedingt hier der bakterielle Reiz eine Wucherung der lymphatischen Substanz, in der eine Abwehrbewegung zu sehen ist. Ferner macht K. auf den verlangsamten Blutstrom in lymphatischen Geweben aufmerksam, infolge dessen auch irgendwelche im Blutstrom mitgeführte Mikroben gerade hier leicht abgesetzt werden können. Gegen alle Krankheitserreger antwortet das adenoide Gewebe mit einer in Zellwucherung usw. bestehenden Reaktion, die, in richtigen Grenzen bleibend, als heilsam zu betrachten ist. Hält diese Reaktion aber nicht Stand und wird sie überwunden, so greifen die als entzündlich be-

kannten Vorgänge Platz, die unter Eiterung zu Mortifizierung und Verflüssigung des Nekrotischen führen. Die am häufigsten zur akuten Entzündung des lymphatischen Gewebes führenden Mikroben sind die Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken, sowie das Bakt. coli comm. und typhi, die K. in ihrer Wirksamkeit im einzelnen kurz bespricht. Mit fortschreitendem Lebensalter tritt eine Gewöhnung des Körpers an die Wirkung der alltäglichen Mikroben ein. Damit verliert die lymphatische Substanz ihre Bedeutung und verfällt atrophisierenden Vorgängen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

21) **Turner.** Some aspects of pelvic appendicitis.
(**Practitioner 1906. Februar.**)

Die verschiedenen Formen der nach Appendicitis auftretenden Beckenabszesse werden in anschaulicher Weise durch Zeichnungen erläutert und an der Hand klinischen Materials genau besprochen; auch sind die unvorhergesehenen Komplikationen, sowie das für den jeweiligen Fall angezeigte Operationsverfahren in kurzer, bündiger Weise angegeben. Betreffs der Frage, wann der Wurmfortsatz bei Beckenabszessen nach diffuser eitriger Peritonitis entfernt werden soll, schlägt Verf. vor, ihn 2—3 Wochen nach Eröffnung des Abszesses noch im Krankenhause zu beseitigen, um einem neuen Anfall vorzubeugen; anderenfalls soll eine vollkommene Heilung erst abgewartet und später die Radikaloperation ausgeführt werden. **Jenckel** (Göttingen).

---

22) **Villemin.** Du drainage lombaire dans la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant.
(**Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 30.**)

V. geht bei seinen Betrachtungen, die er auf Grund eines reichen Beobachtungsmateriales am Kinderhospital anstellt, von der Erfahrung aus, daß die Drainage mit Gummiröhren oder Gazestreifen, die von der vorderen Bauchwand aus in der Peritonalhöhle eingeleitet werden, für Flüssigkeitsansammlungen im kleinen Becken oder in der Lendengegend nur ungenügend Abfluß verschafft. Die Kranken auf den Bauch zu legen, um das Sekret nach vorn abfließen zu lassen, hält er bei Kindern für undurchführbar; bei weiblichen Kranken empfiehlt er die Drainage des Douglasraumes nach der Scheide hin als sehr zweckmäßig und auch bei kleinen Kindern leicht ausführbar; dagegen hält er die Eingriffe, die an männlichen Kranken ausgeführt werden, um aus dem Douglas das Sekret nach dem Damme hin oder durch das Foramen ischiadicum nach außen abzuleiten, für zu schwierig und zu zeitraubend. Obwohl sich gegen die Drainage von der Lendengegend aus theoretisch einwenden läßt, daß sie nicht am tiefsten Punkte der Bauchhöhle angelegt werden kann, empfiehlt sie V. angelegentlich auf Grund der guten Resultate, die er damit erreichte, und wegen ihrer schnellen und leichten Ausführbarkeit bei diffuser Peritonitis, wie auch

bei der Behandlung isolierter Eiterherde eim Bauche, die bis zum Darmbeinkamme heranreichen.

Thümer (Chemnitz).

---

23) **E. Owen.** Reducible inguinal hernia in boyhood.

(Practitioner 1906. p. 289.)

Nach eingehender Besprechung der verschiedenen Ursachen der Entstehung »angeborener« Leistenbrüche und Berücksichtigung der für Bruchbandbehandlung geeigneten Fälle empfiehlt Verf. als Operationsverfahren nicht die Methode von Bassini, da durch die Spaltung der Aponeurose des Musc. obliq. ext. am Leistenkanal und spätere Naht hier leicht eine nachgiebige Stelle zur Bildung eines Rezidivs entstehe. Er schlägt vielmehr vor, bei Knaben mit Leistenbrüchen nach Abbindung des Bruchsackes und Versenkung des Stumpfes mittels einiger Seidennähte die sämtlichen Schichten der Leistenpfeiler unter Leitung des Fingers zu vereinigen — ein Prinzip, das dem Czerny-Küsterschen Verfahren vollkommen gleicht. Ein Rezidiv ist danach nicht beobachtet worden. Als Nachbehandlung genügen 3 Wochen Bettruhe, sowie später für die Anfangszeit das Tragen einer gut gepolsterten Pelotte. Zwei Skizzen erläutern die Naht.

Jenckel (Göttingen).

---

24) **Georg Schmidt.** Leistenbruch und Militärdienstfähigkeit.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II.)

S. berechnet, daß die Vorschrift, wonach der Leistenbruch zum aktiven Dienste mit der Waffe untauglich macht, dem deutschen Volk im Laufe von 5 Jahren mindestens ein Armeekorps an Wehrfähigen kostet. Er befürwortet, daß Alle, welche zur Operation nicht bereit sind, zum aktiven Dienst ohne Waffe einzustellen oder zu ihm zu überführen sind, falls sie bereits vor der Feststellung des Bruches mit der Waffe dienten. Kein Mann sollte wegen eines Leistenbruches seiner Dienstpflicht entledigt werden. Auch die durch »Dienstbeschädigung« erworbenen Leistenbrüche sollen keinen Grund zur Dienstentlassung geben. Die davon Betroffenen sollen anderweitig abgefunden bzw. operiert werden.

In den meisten Kulturländern, am meisten in Österreich, Schweiz und Frankreich, ist eine stetige Steigerung der Bruchoperationen bei Wehrpflichtigen und Heeresangehörigen nicht zu verkennen.

E. Moser (Zittau).

---

25) **E. Menne.** Die Bedeutung des Trauma für das Entstehen und Wachstum der Geschwülste, speziell des Magenkarzinoms mit diesbezüglichen Fällen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 376.)

Die Arbeit bringt zweierlei, ein Referat über in neuerer Zeit von verschiedenen Autoren geäußerte Ansichten und Theorien über ursäch-



lichen Zusammenhang von Trauma (d. h. einmaliger Gewalteinwirkung) und Geschwulstbildung wie Wachstum, insbesondere hinsichtlich des Magenkrebses; zweitens eine Sammlung besonders lehrreicher Magenkrebsfälle, die teils wegen ihrer gerichtlichen Entscheidung hinsichts der geltend gemachten Invaliditätsrentenansprüche interessieren, teils rein klinisch bemerkenswert sind, da sie in der Tat für die traumatische Magenkrebsentwicklung beweisend erscheinen. Für die allgemeine Theorie der traumatischen Geschwulstentstehung interessieren am meisten die von M. wiedergegebenen Ansichten Ribbert's. Die wichtigste Grundlage für die Geschwulstbildung ist im allgemeinen eine Keimausschaltung aus dem physiologischen Zusammenhange der Gewebe — und solche ist jedenfalls durch Trauma sehr wohl möglich. Indirekt kann sie auch durch eine posttraumatische Entzündung infolge unregelmäßiger Wachstumsvorgänge zustande kommen, ebenso infolge regenarativer Prozesse. Ist die fragliche Keimisolierung erst erfolgt, so reicht nach Ribbert schon die jeder Zelle innewohnende Wachstumsfähigkeit aus, die weitere Geschwulstentwickelung auszulösen. Trifft aber das Trauma eine bereits vorhandene Geschwulst, so kann durch die nachfolgende Hyperämie bzw. Entzündung das Geschwulstwachstum erheblich gesteigert werden. Betreffs der Magenkrebse interessieren besonders einige von Boas geäußerte Ansichten. Derselbe nimmt an, daß die Zeit, binnen deren nach Trauma sich eine Geschwulst entwickeln kann, $^1/_2$ Jahr bis 4 oder 5 Jahre beträgt. Er hält es für Entstehung des Leidens nicht wie andere Autoren für erforderlich, daß das Trauma den Magen selbst oder doch seine nächste Nachbarschaft getroffen haben muß. Jede starke Gewalteinwirkung mit einer allgemeinen starken Körpererschütterung soll vielmehr schon imstande sein, Magenwandschichten zu verletzen und ein Karzinom herbeizuführen. Ebenso wird eine Schwächung des Gesamtorganismus nach Unfall imstande sein, das Wachstum eines vorhandenen Krebses zu fördern.

Was zweitens die zusammengetragene Kasuistik betrifft, so finden sich in derselben zwei Fälle, wo das Reichsversicherungsamt, einen, in dem das Schiedsgericht, zwei, in denen sofort die Berufsgenossenschaft die Entstehung des tödlich verlaufenen Krebses durch Trauma anerkannt hat. In je einem Falle hat das Reichsversicherungsamt und Schiedsgericht angenommen, daß ein vorhandenes Krebsleiden durch Unfall verschlimmert sei bzw. schneller zum Tode geführt habe und hiernach die Hinterbliebenenrente bewilligt. Fälle ablehnender Bescheidung finden sich einmal seitens der Berufsgenossenschaft (Rekurs nicht eingelegt), einmal seitens des Schiedsgerichtes (auch hier weiterer Rekurs nicht eingelegt). In zwei Fällen, wo ein indirekter Zusammenhang zwischen Unfallsverletzungen an Extremitäten mit Magenkarzinom von den Rente verlangenden Hinterbliebenen behauptet wurde, hat das Reichsgericht die Ablehnungen der Vorinstanzen bestätigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

26) **Lessing.** Über Lageveränderungen des Dickdarmes bei Aufblähung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 82.)

L. hat an 50 Leichen Aufblähungsversuche des Dickdarmes vorgenommen und dabei in dreifacher Hinsicht interessante Wahrnehmungen gemacht. 1) Die Lokalaufblähung des Blinddarmes führt häufig auch wichtige Lageänderungen des Wurmfortsatzes herbei. Der Blinddarm erfährt hierbei nämlich nicht nur eine Zunahme seines Dickendurchmessers, sondern auch eine Ausdehnung in der Längsachse. Dieser muß der Wurmfortsatz folgen, kann das aber nur, wenn er ein genügend langes, entfaltbares Gekröse besitzt. Fehlt solches, so wird er mehr oder weniger gedehnt oder gezerrt, was seine Zirkulation stören muß. L. leitet hieraus eine Kontraindikation gegen die Opiumtherapie ab, da Opium einen lokalen Dickdarmmeteorismus bewirke. Hervorhebenswert ist beiläufig noch, daß bei antiperistaltischer Lufteinblasung (vom Dickdarm her) die Bauhin'sche Klappe bei stärkerem Druck stets insuffiziert war. 2) Ein aufgeblähter Querdickdarm hebt die Leber von unten her empor und kantet sie auf, so daß die Leberdämpfung kleiner wird, ja schwindet. Doch ist dies nur der Fall, falls ein relativ kurzes, quer im Bauch gelagertes Kolon vorhanden ist; hat das Kolon bei größerer Länge einen schlingenförmigen **U**- oder **V**-Verlauf, so bleibt die Leberkantung und damit auch die Verkleinerung der Leberdämpfung aus, was diagnostisch wichtig ist. 3) Die Aufblähung des S romanum, zu der nur Därme mit langen Flexuren brauchbar sind, bringt die vorher einen Bogen bildenden Flexurschenkel fast parallel zueinander. Die Flexur steigt dabei aus dem kleinen Becken empor, Knickungen aber und Ansätze zu einer Achsendrehung bleiben aus, auch wenn vorher die Flexurschenkel ausgedehnt zusammengenäht worden waren. L. folgert hieraus, daß Kolopexien und Zusammenheftungen der Flexurschenkel sowie Fixierungen der Flexur, wie sie zur Behandlung großer Mastdarmvorfälle in Frage kommen, keine Bedenken haben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

27) **L. Gelpke.** Die Anwendung des Murphyknopfes in der Magen-Darmchirurgie von 1896—1905. 54 Fälle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 336.)

G. ist ein Freund des Murphyknopfes, für dessen Brauchbarkeit die guten, von ihm bei einem reichen und sehr mannigfachen Materiale erreichten Operationsresultate schöne Belege bieten. Der Hauptvorzug des Knopfes vor der Naht ist Zeitersparnis und damit geringere Infektionsgefahr; auch gibt die geheilte Knopfanastomose seltener spätere Stenosen als die Naht. Perforationen beim Knopfgebrauch sind bei vorderer Gastroenterostomie zu fürchten und ist deshalb für diese Operation die Naht vorzuziehen. Ebenso ist der Knopf für Dickdarmoperationen wegen der Gefahr der Verstopfungen durch festen Kot zu

meiden. Dagegen hat er sich für Dünndarmresektion wegen brandigen Bruches mit nachfolgender Vereinigung von End zu End besonders gut bewährt, und glaubt G., daß er sich hier bei entzündlich-hyperämischen Anschwellungen des zuführenden Darmes noch sicher anwenden läßt, wo mit der Naht keine zuverlässige Operation mehr zu leisten ist. Betreffs Einzelheiten von G.'s Statistik und Kasuistik auf das Original verweisend, wollen wir als praktisch wichtig nur folgende technische Punkte hervorheben: 1) Der Schluß der Einführungswunde für den Knopf geschieht nicht durch Tabaksbeutelnaht, sondern durch ein oder zwei Catgutnähte, von denen die erste den Knopfhals umgibt. (Zur Verdeutlichung des Verfahrens wird auf eine Abbildung hingewiesen, die indessen fehlt.) Bei Gastroenterostomie pflegt G. die Magen-Darmvereinigung mittels Naht herzustellen, während die gewöhnlich jenen angeschlossene Darmschenkelenteroanastomose mit dem zweitkleinsten Knopf gemacht wird. Und zwar werden die Knopfhälften durch die für die Magen-Darmvereinigung gemachte Darmwunde in die beiden Darmschenkel vorweg eingeführt und die Knopfhälse durch kleine Darminzisionen herausgeleitet, so daß es einer Darmwundenverkleinerung gar nicht bedarf. (Dies Verfahren ist auch sonst schon empfohlen, so vom Ref. — dies Blatt 1901 p. 97 und Küster, ibidem 1905 p. 860.) Um dem Knopf zur Wanderung nach außen den richtigen Weg zu weisen, hängt G. an den abführenden Knopfteil mittels Seidenfaden von 6—10 cm Länge eine 20 g schwere Metallkugel, die durch ihr Gewicht den Knopf analwärts zu ziehen hat. Das Verfahren ist bei Gastroenterostomie erprobt und schien von gutem Erfolge zu sein. 3) Ebenfalls um dem Knopf eine Verirrung in den zuführenden Darmschenkel zu benehmen, empfiehlt G. letzteren dicht am Knopfe mit einem Seidenfaden etwa auf die Hälfe der Lichtung (Kleinfingerdicke) zuzuschnüren, so daß bei Gastroenterostomie hier Galle und Pankreassekret noch passieren könnten. Ebenso könnte bei Gastroenterostomie nebst Braun'scher Schenkelanastomose dem Einfließen des Mageninhaltes in den zuführenden Schenkel durch eine Seidenfadenumschnürung des letzteren gesteuert werden. Ob G. diese Vorschläge praktisch erprobt hat, ist dem Ref. nicht ersichtlich geworden. Ihm scheinen diese Seidenfadenumschnürungen nicht ganz unbedenklich. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

28) **R. H. Pocell** (Grafton). A communication upon a new method of intestinal anastomosis, by means of the cautery. Experiments on dogs.

(Amer. journ. of surgery 1906. April.)

Die Methode P.'s, zu kauterisieren, bis die Gewebe an der Stelle der gewünschten Kommunikation gründlich zerstört sind, um die Anastomose dann in einigen Tagen nach der Naht durch Abstoßen der nekrotisierten Teile eintreten zu lassen, ist weder neu (cf. z. B. die

Experimente Wullstein's), noch annehmbar, da sie zu unsicher ist. Verf. gibt die Nachteile der Methode auch unumwunden zu.

Goebel (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

I.

(Aus der chirurg. Abteilung des Herrn Primarius Dr. Escher des städtischen Krankenhauses in Triest.)

Ein Fall von Herznaht.

Von

Dr. **Dolcetti,** Assistent.

Da solche Fälle für die Kasuistik immer noch interessant sind, erlaube ich mir den uns vorgekommenen Fall kurz mitzuteilen.

Cavuli Cesare, 32 Jahre, aus Imola-Bologna, wurde am 21. Januar 1906 um $^1/_2$5 Uhr nachmittags ins Spital gebracht. Er zeigte eine Stichwunde in der linken vorderen Thoraxhälfte im 5. Interkostalraum, innerhalb der Mammillarlinie. Er war bei einem Zwist durch Messerstiche verwundet worden. Er empfand sogleich einen heftigen Schmerz in der Herzgegend und beeilte sich, so gut er konnte, in die nächste Hilfsstation zu gehen. Hier fiel er in Ohnmacht und wurde sogleich ins Krankenhaus gebracht.

Beim objektiven Befund ergibt sich: Dämpfung im linken Pleurasacke p. ca. 5 Querfinger. Dämpfung in der Herzgegend. Herztöne dumpf. Sehr kleiner und frequenter Puls. Zeichen einer allgemeinen Anämie mit subjektiver Empfindung einer fortschreitenden Schwäche.

Sofort schreitet man zur Operation, die 1 Stunde nach der Verletzung stattfindet. Lokale Anästhesie (Eukain-Adrenalin). Mit einem Schnitt wird der 5. Interkostalraum innerhalb der Wunde eröffnet; es fließt eine bedeutende Menge venösen Blutes heraus; nachdem die 5. Rippe reseziert, die 4. am Sternalrande für eine Länge von 15 cm enukleiert ist, konstatiert man, daß das Blut in großer Menge vom linken Pleurasacke stammt; dasselbe wird zum größten Teile mit Kompressen aufgesogen und die Pleurahöhle nach unten und oben tamponiert. Trotzdem blutet es noch, und bei den Versuchen, die Quelle der Blutung zu finden, entdeckt man auf dem Pleuraperikardblatt einen 5 Kronen großen bläulichen Fleck, in dessen Zentrum eine lineäre blutende Wunde vorhanden ist, die sofort verlängert wird. Der Perikardialsack ist fast blutleer, aber das Blut ergießt sich fortwährend auf der Oberfläche des Herzens, wie es scheint von oben her. Sofort wird die Wunde des Perikards so weit verlängert, daß dieselbe Raum für die Einführung der Hand gibt, dann das Herz emporgehoben und etwas nach unten gezogen. Auf der vorderen Oberfläche des rechten Ventrikels, in der nächsten Nähe des interventrikulären Septums, sieht man das Blut mit der Diastole synchronisch aus einer $1^1/_2$ cm langen Wunde ausfließen.

In diesem Augenblicke bleibt das Herz in Systole stehen; es fehlt folgendermaßen der Puls, und der Atem bleibt aus; gleichzeitig Mydriasis der Pupillen und alle merkbaren Zeichen des prämortalen Stadiums. Schnell werden drei Seidennähte durch die ganze Dicke des Herzfleisches gelegt, sofort das Herz in seine Höhle zurückgelagert und energisch massiert. Es fängt denn auch wieder an, sich zu kontrahieren, Puls und der Atem kehren zurück.

Durch Knopfnähte wird das Perikard geschlossen, der Tampon im Pleurasacke gewechselt und der präkordiale Raum leicht tamponiert, endlich die große Hautmuskelwunde genäht. Während des operativen Eingriffes hat eine Infusion von 1 Liter Kochsalzlösung stattgefunden.

Ins Bett gebracht ist der Kranke bei vollem Bewußtsein; er klagt über heftige Schmerzen in der Herzgegend. Der Puls ist regelmäßig, klein, ruhiges Atmen.

Der Verlauf war in den ersten 3 Tagen normal, afebril. Puls zwischen 90 bis 110, etwas oberflächliches Atmen. Am 4. Tage Magenerweiterung und plötzliches Auftreten einer allgemeinen Urticaria mit intermittierendem Puls und Temperatur bis 39°. Die Urticaria und der intermittierende Puls verschwanden am Abend des folgenden Tages. Die febrile Temperatur dauerte aber fort bei normalem Puls; die Respiration aber blieb frequent und oberflächlich.

Am 8. Tage erfolgt der Tod unter akuten peritonitischen Erscheinungen und hoher Temperatur, bis 40,3°.

Obduktion: Partielle, subphrenische, eitrige Peritonitis; eitrige Mediastinitis; beginnende serös-fibrinöse Perikarditis. Herznähte ohne lokale Reaktion, Herz- und Perikardwunde völlig verklebt. Linksseitige ausgedehnte pleuritische Verwachsungen älteren Datums.

Aus dem Falle sind folgende Schlüsse zu ziehen:

1) daß die Pleura verletzt war (wie fast in allen solchen Stichwunden von außen);

2) daß die Herzfunktion und der Atem bis zur Vollendung der Naht aufgehört hatten;

3) daß alle Manipulationen am Herzen, wie Fassen, Emporheben, Nähen, Massieren nichts Abnormes zum weiteren postoperativen Verlaufe beitragen;

4) daß die Herznaht gut gehalten hat;

5) daß das leichte serös-fibrinöse Exsudat im Perikard vielleicht ohne lebensgefährliche Folgen abgelaufen wäre und endlich

6) daß der tödliche Ausgang, der durch die Ablösung der alten pleuritischen Verwachsungen begünstigten Mediastinitis zuzuschreiben war.

Triest, den 16. April 1906.

II.

(Aus der kgl. chirurg. Universitätsklinik in Bonn [Direktor: Geh.-Rat Bier].)

Zur Technik der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie.

Von

Dr. **Eugen Joseph.**

Trotzdem beide Methoden der Gastroenterostomie, die Darmnaht und der Murphyknopf, ihre oft diskutierten Nachteile haben, so lassen sich doch mit beiden gute Resultate erreichen.

Wenn man nicht, wie de Beule[1], sich an die älteren Statistiken hält, bei deren Entstehen auch die Technik noch im Entstehen war, so darf man von einer guten, modernen Operationsstatistik der Gastroenterostomie verlangen, daß sie kaum mehr als 10% Mortalität hat (vgl. den Jahresbericht 1905 der Heidelberger Klinik: 55 Fälle mit 6 Todesfällen). Für die Stenosen auf benigner Basis sind die Erfolge noch viel bessere, und manche Operateure haben 20 und mehr Gastroenterostomien in einer Reihe ohne Todesfall ausgeführt. Deshalb erscheint es vielleicht müssig und unnötig, für die Gastroenterostomie noch eine neue Methode einführen zu wollen, wo die bestehenden bereits so gute Erfolge sichern und die Todesfälle kaum noch der Technik, sondern üblen und unvermeidlichen Ereignissen zur Last fallen, wie der Pneumonie oder allgemeiner Kachexie. Es ist auch keineswegs eine neue Methode, welche ich in folgendem zur Anlegung einer Gastroenterostomie oder Enteroenterostomie empfehlen möchte, sondern nur eine technische Erleichterung für diejenigen Operateure, welche die Naht anzuwenden gewohnt sind.

---

[1] De Beule, Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 52.

Prof. Bier wendet seit Jahren bei der Gastroenterostomie, Enteroenterostomie, Darm- und Magenresektion die einfache Lembert'sche Naht an. So wird z. B. bei der Gastroenterostomie der passende Darmschenkel durch Lembert'sche Nähte in der erforderlichen Länge an den Magen genäht, Magen und Darm mit dem Messer oder Thermokauter eröffnet und durch eine weitere Reihe Lembert'scher Nähte auf der anderen Seite die Serosa des Magens und Darmes aneinander genäht. Nachteile sind bei dieser einfachen Art der Darmnaht kaum aufgetreten; höchstens hat die ungenähte Magenschleimhaut, deren Gefäße, wenn es notwendig ist, unterbunden werden, eine Zeitlang eine geringe kapilläre Blutung unterhalten, welche mit dem Stuhl oder durch den Magenschlauch zum Vorschein kam. Dieser Nachteil läßt sich leicht mit einer von mir konstruierten Messerquetsche vermeiden, welche zugleich den Vorteil gewährt, die Operation schneller, sauber und mit ganz geringer Assistenz ausführen zu können.

Fig. 1.

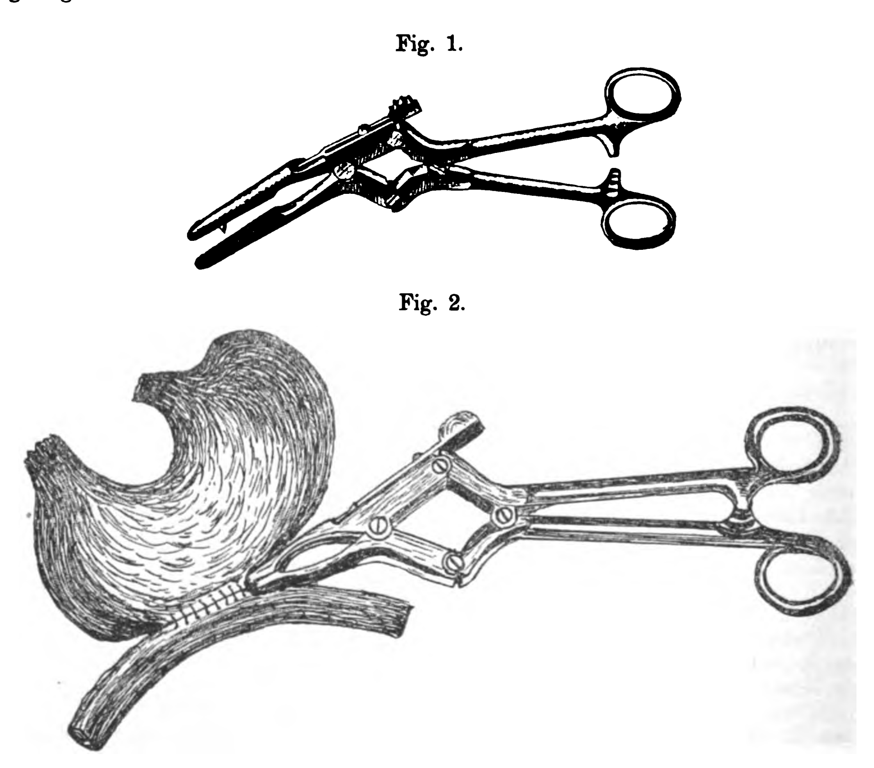


Fig. 2.

Das Instrument (s. Fig.), der Zweifel'schen Gefäßklemme nachgebildet, hält in seinen gefensterten Branchen, welche das Gewebe verläßlich fassen und bis auf die Serosa quetschen, ein kleines, durch einen Schieber bewegliches Messer verborgen. Nachdem man zwei möglichst kleine Löcher, eins in den Magen und eins in den Darm, mit der Schere geschnitten oder mit einem dünnen Trokar gebohrt hat, führt man die Branchen des geöffneten Instrumentes, das Messer in kachierter Stellung, die eine in den Innenraum des Magens ein, die andere in den des Darmes. Man sorge dafür, daß beide Branchen gleichmäßig tief bis an den Anfangsteil der Biegung im Innern des Magens und des Darmes verschwinden, und schließe die Quetsche. Magen und Darmwand sind jetzt im Bereiche der Branchen fest aneinander gepreßt, bis auf die Serosa durchgequetscht und gleichzeitig für die Naht passend zurechtgelegt (vgl. Fig.).

Die engen Einführungslöcher werden für gewöhnlich von den Branchen voll-

ständig verschlossen, und namentlich, wenn man den Griff des Instrumentes senkrecht in die Höhe hält, ist ein Austritt von Magen- und Darminhalt nicht zu befürchten und selbst bei Ileusfällen leicht zu vermeiden.

Die durch das Instrument adaptierten Wände werden rings um die Branchen durch eine einreihige Knopfnaht aneinander genäht, das Messer durch die Schiebervorrichtung hin und her gezogen und so die Anastomose hergestellt. Es bleibt noch übrig, durch einige Serosanähte, welche man zum Teil noch vor der Entfernung der Klemme anlegen kann, die Einführungsöffnungen zu verschließen. Bei einiger Gewohnheit ist die ganze Naht ohne besondere Assistenz in wenigen Minuten auszuführen.

Ich hatte dieses Instrument bereits in seiner jetzigen Form konstruieren lassen und mehrfach zur Anwendung gebracht, als im Zentralblatt für Chirurgie das Referat über den Aufsatz von A. Gilbert[2]: »A method of gastro-intestinal anastomosis« erschien. In diesem wird ein im Prinzip vollkommen gleiches Instrument für denselben Zweck empfohlen. Nach meiner Ansicht hat das Gilbert'sche Instrument nur den Nachteil, daß es nicht stark quetscht und, wenn Magen und Darm blind durchschnitten wird, Blutungen eintreten können.

Die Messerquetsche liefert die Firma Eschbaum. Von ihr ist das Prinzip des Parallelogramms der Kräfte noch für einige andere brauchbare Darmquetschen, z. B. für die Appendix, benutzt worden.

---

29) **W. Herberg.** Eine mit Kohlenstückchen durchsetzte Narbengeschwulst.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 506.)

Recht interessanter und für die Theorie der Geschwulstentstehung durch Trauma bedeutungsvoller Fall, in der weiland v. Mikulicz'schen Klinik beobachtet. Die 40jährige Pat. hatte als 6jähriges Kind einen Fall getan und, dabei mit der Stirn auf einen Kohlenhaufen stürzend, eine Stirnwunde, in die Kohlenstückchen gerieten, davongetragen. Ein ca. schrotkorngroßes Stückchen war zurückgeblieben, eingeheilt und lange Jahre als bläulicher Punkt in der Narbe sichtbar gewesen. In den letzten $1^1/_2$ Monaten hatte sich die Narbe verdickt und zu einer blassen, ca. bohnengroßen Geschwulst umgestaltet. Dieselbe, an der Haargrenze der rechten Stirnhälfte sitzend und einstweilen als Fibrom diagnostiziert, wird exstirpiert. Da sie auf der Schnittfläche einem Melanom ähnlich aussieht, wird auch der Knochen, dem sie aufsaß, und der ebenfalls punktförmig pigmentiert erscheint, bis fast in die Diploe weggemeißelt. Naht, glatte Heilung mit, wie nach $1^1/_2$ Jahren feststellbar, Rezidivfreiheit. Histologisch zeigte die Geschwulst einen alveolären Bau nebst außerordentlichem Zellreichtum, und zwar sowohl kleine Rund- und Spindelzellen mit je einem Kern, als auch zahlreiche große Riesenzellen mit einer Unzahl von Kernen. In letzteren finden sich, doch nicht in allen, kleine Kohlenpartikelchen als Fremdkörper — außerdem finden sich überall unregelmäßig in der ganzen Geschwulst verteilte feine Kohlenpartikelchen verschiedener Größe. Die Präparate (vgl. Abbildungen im Originale) haben verschiedenen hervorragenden Pathologen zur Prüfung vorgelegen, die in deren Deutung nicht ganz einhellig waren. Ein Teil derselben hat sich für die Diagnose polymorphes Sarkom ausgesprochen, ein anderer mehr für die Annahme einer »eigenartigen Granulationsgeschwulst«. Die Breslauer Klinik nebst dem Verf. haben sich für die Diagnose Sarkom entschieden. Die feine Verteilung der Kohlenpartikelchen durch die ganze Geschwulst ist durch die Wucherung der Geschwulstzellen erklärlich, indem die hier vorgegangenen Wachstumsprozesse die Kohlenteilchen rein mechanisch auseinanderdrängten, dann aber auch dadurch, daß die Teilchen mittels Lymphbewegung innerhalb der Lymphgefäße Ortsveränderungen erfuhren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

[2] A. Gilbert: New York med. record 1904. Nr. 10; Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 14.

30) **Kromayer.** Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 1.)

Verf. hat die schon früher von ihm empfohlene Behandlung der Alopecia areata mit kaltem Eisenlicht (Abstand etwa 10 cm, Stromstärke 15—25 Ampère) bei einer größeren Anzahl von Fällen angewendet und bei leichteren Fällen nur gute Erfolge, bei schwereren immerhin nur 25% Mißerfolge erlebt.

Jadassohn (Bern).

31) **Meirowsky.** Über die Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 11.)

M. berichtet (vorläufig), daß durch wenige 1—1¼stündige Finsenbeleuchtungen Tätowierungen abblassen und stellenweise verschwinden. Das wäre ein weiterer Vorteil der Finsenmethode; denn bis jetzt sind unsere Mittel, Tätowierungen zu entfernen, recht unzureichend. **Jadassohn** (Bern).

32) **Dalous et Constantin.** L'épithéliomatose pigmentaire, type de Unna (Seemannshautkarzinom).

(Ann. de dermat. et de syph. 1904. Nr. 11.)

Bei einem 60jährigen Schreiner traten im Alter von 17—20 Jahren Erythrodermien auf; über den ganzen Körper verstreut entwickelten sich pigmentierte Flecke, denen sich im Laufe der Jahre Geschwülste hinzugesellten.

Verff. wollen für derartige Erscheinungen die Bezeichnung »Epithéliomatose pigmentaire Unna« angewendet wissen. Diese Epitheliomatosis pigmentosa soll aus histologischen Gründen von dem Xeroderma pigmentosum verum und tardivum scharf getrennt werden. Beim Xeroderma pigmentosum liegen die hauptsächlichsten Veränderungen in der Cutis: Degeneration des elastischen und kollagenen Gewebes; charakteristisch sind ferner: Hyperkeratose, Parakeratose und Akanthose. Bei der Epitheliomatosis pigmentosa liegen die Veränderungen im Stratum Malphigii, welches ähnliche Bilder wie bei der Paget'schen Krankheit aufweist.

Klingmüller (Breslau).

33) **M. Hodara.** Ein Fall von Acanthosis nigricans im Gefolge eines Brustkrebses.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XL. Nr. 12.)

Die Acanthosis nigricans, eine durch Hyperkeratose und Dunkelfärbung charakterisierte Erkrankung, speziell des Halses, der Gelenkbeugen usw., ist eine sehr seltene Hautkrankheit, die in unzweifelhaftem, wenn auch unklarem Zusammenhange mit bösartigen Geschwülsten, meist der Bauchorgane, steht. Der von H. veröffentlichte Fall ist nicht bloß durch das Auftreten der Akanthosis bei einem Brustkrebs, sondern auch dadurch bemerkenswert, daß nach der Operation des Krebses zuerst eine deutliche Besserung der Haut eintrat, die erst nach einem halben Jahr einem rascheren Umsichgreifen der Krankheit Platz machte. **Jadassohn** (Bern).

34) **A. Brandweiner.** Zur Kenntnis der Mycosis fungoides.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLI. Nr. 9.)

In dem sehr genau untersuchten Falle dieser seltenen und in ihrer Stellung noch immer strittigen Hautkrankheit fanden sich (zum erstenmal) unzweifelhaft auf hämatogenem Wege entstandene Metastasen im Gehirn, und zwar in Form von rötlich grauen und schwärzlichen Knoten, die zu Kopfschmerzen, Aufregungszuständen, Hemiplegie usw. geführt hatten. Aus der histologischen Untersuchung der Hirnherde zieht Verf. den Schluß, daß die Zellen der Mykosisgeschwülste nicht bindegewebiger Abkunft sind. Auf Grund der eigenen Befunde und der Literatur wendet er sich gegen die auch neuerdings wieder ausgesprochene Meinung, daß die Mykosis eine kutane Erscheinung einer Leukämie sei. **Jadassohn** (Bern).



35) **A. Jordan.** Ein Beitrag zur Bazin'schen Hydroa vacciniformis s. Hutchinson'schen Summerprurigo oder Sommereruption.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XLII. Nr. 3.)

Unter Hydroa vacciniformis versteht man eine Hautkrankheit, welche jetzt mit Bestimmtheit auf eine Idiosynkrasie gegen die chemisch wirksamen Strahlen des Lichtes zurückgeführt ist; sie tritt im Frühjahr an den unbedeckt getragenen Körperteilen, besonders an Händen und Ohren, in Form von Knötchen und varicellenähnlichen Blasen auf, die mit Narbenbildung abheilen. J. teilt in der vorliegenden Arbeit einige Fälle mit, welche nach drei Richtungen von dem Typus der Hydroa vacciniformis abweichen: die Erkrankung ist bei ihnen erst im späteren Leben entstanden, die Knötchen und vor allem die Narbenbildung fehlten. Verf. diskutiert die Frage, ob es berechtigt sei, diese Fälle zu der Bazin'schen Krankheit zu rechnen — sie sind jedenfalls nur sehr unvollkommen ausgebildet. Ich kenne solche Erkrankungen in größerer Zahl; auch in der Literatur sind ähnliche Dinge schon beschrieben. Es handelt sich unzweifelhaft auch bei ihnen um eine Lichtidiosynkrasie. Wie alle Idiosynkrasien kann auch diese erst erworben sein; wie alle hat auch sie sehr verschiedene Grade und Arten. Etwa wie neben dem Xeroderma pigmentosum die sogenannte Seemannshaut, so steht auch neben der eigentlichen Hydroa vacciniformis eine größere Zahl solcher unvollkommen ausgebildeter Fälle. **Jadassohn** (Bern).

36) **F. Unterberger.** Ein echtes Cholesteatom der Schädelknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 90.)

Beobachtung aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg. 16jähriges schwächliches, noch nicht menstruiertes Mädchen, an dem zuerst vor 2 Jahren eine kleine Vorwölbung über dem äußersten Abschnitte der linken Augenbraue bemerkt wurde. Jetzt zeigt sie in der linken Schläfengegend eine flache, etwa $1^1/_2$ cm hoch sich erhebende Vorwölbung der Schläfe, die, von ziemlich harter Konsistenz, unverschieblich der Schläfenbeinschuppe aufsitzt und normale Weichteildecken besitzt. Außerdem sitzt im äußeren Abschnitte der Augenhöhle eine haselnußgroße harte Geschwulst, die das Auge um 1 mm vorgetrieben hat. Keine Hirnerscheinungen; es bestehen nur zeitweise mäßige Kopfschmerzen in der linken Stirnseite, nie an der erkrankten Stelle. Diagnose Osteosarkom, zumal Röntgen eine Fortsetzung der Schädelcorticalis über die Geschwulstoberfläche zeigte. Bei der Operation wird durch Zurückpräparieren von Haut nebst Schläfenmuskel die Geschwulst bloßgelegt. Sie wächst aus der Schläfenschuppe heraus und zeigt ein gelbliches Aussehen, ähnlich einem Dermoid, doch spricht gegen ein solches der subperiostale Sitz und eine Überbrückung durch eine Knochenspange in der Mitte. Ein Probeschnitt zeigt eine dünne Kapsel, sowie blutleeren, weißlich glänzenden Inhalt von trockenem blättrigem Bau, womit das Vorliegen einer Perlgeschwulst wahrscheinlich gemacht ist. Entfernung der Geschwulst mittels Ausmeißelung aus ihrer Knochenumrandung, wonach eine talergroße Schädellücke gesetzt ist, in der die Dura mit der Meningea media frei liegt. Auskratzung einiger der Dura anhaftenden Geschwulstreste, desgleichen solcher, welche schwammartig in der Schädelknochensubstanz sitzen. Zur Entfernung der orbitalen Geschwulstmassen wurde eine osteoplastische Resektion des Proc. frontalis ossis zygomatici gemacht. Naht, glatte Heilung. Die Untersuchung der Geschwulst bestätigte die Diagnose Cholesteatom. Sie hatte eine Zwerchsackfigur, ihre beiden Hauptlappen — in der Augenhöhle und in der Schläfe — waren durch ein Verbindungsstück, welches durch eine erbsengroße Perforation der äußeren Augenhöhlenwand durchging, in Zusammenhang gewesen. Daß es sich um ein echtes Cholesteatom handelte, erhellt aus dem Sitze der Geschwulst zwischen Tabula ext. und int. der Schläfenschuppe; auch war Pat. nie ohrenleidend gewesen, und hatte die Geschwulst keinerlei Zusammenhang mit dem Ohre. Diese Schädelknochencholesteatome sind selten, nur drei Fälle am Stirnbein, einer am Scheitelbein und einer am Hinterhauptsbeine sind bekannt. Sie sind auf embryonale Ektodermabschnürungen zurückzuführen, die Exstirpation hat

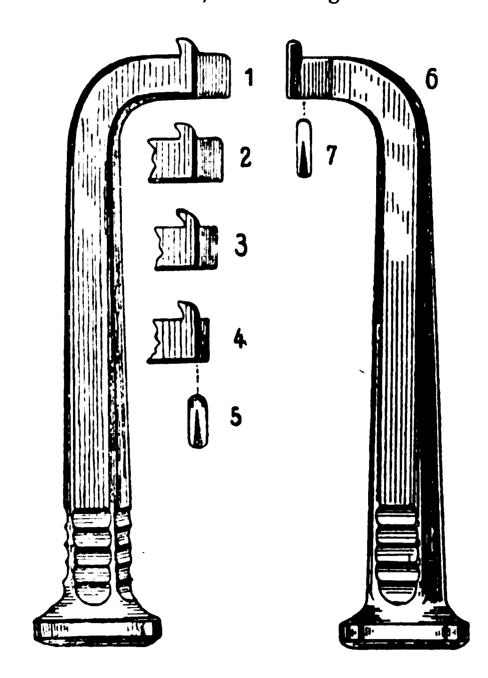
bei ihnen sehr gute Resultate gehabt. — Zwei, den Sitz und das Aussehen der operierten Geschwulst zeigende Abbildungen, sowie ein 13 Nummern zählendes Literaturverzeichnis sind der Arbeit beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **Nicoll.** Osteoplastic resection of the skull.

(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

Verf. bildet das von ihm benutzte und z. T. selbst konstruierte Instrumentarium für Operationen am Schädel ab und demonstriert an vier weiteren Figuren die Art seines Vorgehens. Zur präliminaren Blutstillung bedient er sich eines Gummischlauches, dessen Abgleiten er durch Annähen an die Kopfhaut verhindert. Für Trephine und Kreissäge benutzt er den gleichen Handgriff, er arbeitet mit Elektromotor. Mit der Trephine bohrt er mehrere Löcher durch die ganze Dicke des Schädels und schneidet mit der Kreissäge, für die er ein recht praktisches Führungsinstrument erfunden hat, die Tabula externa durch; wo es nötig ist, hilft er mit einem ebenfalls selbst konstruierten Meißel nach; dieser Meißel ist an seinem Ende rechtwinklig abgebogen, und zwar über die Kante; durch eine horizontale Schutzplatte wird ein zu tiefes Eindringen der Schneide des Meißels verhindert (Fig. 1—5). Zum Durchschneiden der Tabula interna dient ihm ein Meißel ähnlicher Konstruktion, nur daß er die Schutzplatte am äußersten Ende trägt; diese Platte schiebt sich zwischen Knochen und Dura ein und schützt die Dura vor Verletzung (Fig. 6, 7). Je nach der Dicke des Schädelknochens, die sich an den Trepanlöchern bequem messen läßt, bedient N. sich verschiedener Nummern dieser Meißel.



W. v. Brunn (Rostock).

38) **Kropeit.** Die Cystoskopie als Hilfsmittel bei der Diagnose der Douglasexsudate.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVII. Hft. 3.)

Wie von den Gynäkologen auf das cystoskopische Bild bei bis an die Blase reichenden parametritischen Exsudaten aufmerksam gemacht worden ist, so untersuchte Verf. in zwei Fällen, in denen bei Männern die Diagnose auf Douglasabszeß gestellt war, die Blasen derselben cystoskopisch und fand in dem einen Falle bei starker Füllung der Blase, worauf er besonders aufmerksam macht, die Gegend der hinteren Blasenwand und des Blasengrundes stark vorgewölbt und auf der Schleimhaut daselbst stecknadelkopfgroße Knötchen von rötlicher Farbe, dazwischen deutliche Gefäßverästelungen.

6 Wochen nach der Operation (man hatte laparotomiert) ist das geschilderte cystoskopische Bild verschwunden.

Der andere Fall, in dem gleichfalls die Diagnose Douglasabszeß gestellt war, zeigte ein normales cystoskopisches Bild, und bei der Operation fand sich kein Eiter.

Grunert (Dresden).

39) **R. S. Hoffmann.** Komplikationen bei Perityphlitis von seiten der Blutgefäße.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 455.)

H. bringt drei von Hochenegg (Wien) operierte Fälle, die durch Gangrän und arterielle Abszeßblutung kompliziert waren.

In Fall 1, einen $10^1/_2$jährigen Knaben betreffend, hatte die Erkrankung akut mit Fieber, Halsschmerzen, Erbrechen, Durchfall angefangen. Bei der 11 Tage später erfolgenden Spitalaufnahme fanden sich cyanotische Verfärbungen der Unterschenkel und namentlich der Füße, sowie eine appendicitische Exsudatdämpfung und Vorwölbung abwärts vom Nabel. Es folgt langes Krankenlager, währenddessen am 24. Tage der Erkrankung der appendicitische Abszeß zugleich von hinten mittels Parasakralschnitt und vorn durch Suprasymphysärschnitt geöffnet wurde. Durch letzteren wird nicht nur ein perivesikaler Abszeß geöffnet, sondern auch (da Pyämie bestanden hatte) eine Sectio alta vorgenommen und aus der Blase die sequestrierte Schleimhaut extrahiert. An den Füßen kam es zu Bildung von Brandblasen, doch beschränkte sich die Gangrän auf die Abstoßung einiger Zehenspitzen beiderseits, während sich auf Oberschenkeln, Bauch und Brust ein großes Netz erweiterter Hautvenen gebildet hatte. Endausgang Heilung. H. vermutet, daß in diesem Falle die Gangrän durch Thrombosen der Iliakalvenen, bzw. der Cava inf. zustande gekommen ist.

In Fall 2 wurde bei einem 14jährigen Knaben am 9. Erkrankungstag ein extra- und intraperitonealer appendicitischer Abszeß auf gewöhnlichem Wege geöffnet, wobei in den Bauchdecken ein abnorm starkes arterielles Gefäß durchtrennt und unterbunden werden mußte. Am 6. Tag erfolgte aus der mit Gummirohr und Gaze drainierten Wunde eine gewaltige arterielle Blutung, die, auf Kompression nicht stehend, durch zwei Umstechungsnähte in der Epigastricagegend gestillt werden mußte. Kochsalzinfusionen, Bindeneinwicklung der Beine zwecks Autotransfusion. Schon nach Abnahme der nur mäßig angezogenen Binden, $^3/_4$ Stunde später, zeigte sich Kühle und Pulslosigkeit des rechten Beines, an dem der Fortschritt völliger Gangrän nicht zu hindern war, und das 11 Tage nach Beginn der Erscheinungen abgesetzt werden mußte. Die Operation fand unter Digitalkompression statt, wobei die Blutung sehr gering und Puls in der Femoralis nicht vorhanden war. Heilung. Am amputierten Gliede fand sich ein großer Abszeß in den Wadenmuskeln. In diesem Falle vermutet H. eine vielleicht durch den Abszeßdruck verursachte Thrombose der Art. iliaca und hält für möglich, daß das bei der Abszeßeröffnung gefundene abnorme arterielle Gefäß bereits durch Kollateralkreislaufsbildung erweitert war.

In Fall 3 wurde der 34jährigen, bereits sehr verfallenen Pat. am 12. Tage ihrer Appendicitiserkrankung eine Eröffnung perityphlitischer Abszesse gemacht, die Wunde mit Drains und Gaze versehen. 4 Tage später erfolgte eine tödliche Blutung. Die Sektion zeigte eine gut gegen die Bauchhöhle abgekapselte Abszeßhöhle. Die Quelle der Blutung wurde aber nicht gefunden.

Der Mitteilung der eigenen Kasuistik hat H. eine Allgemeinbesprechung der die Appendicitis jeweilig, im allgemeinen nur selten komplizierenden Gefäßerkrankungen voraufgeschickt, wobei auch die auf Embolie beruhenden Erkrankungen berücksichtigt sind. Die einschlägigen früheren Beobachtungen sind überall kurz namhaft gemacht. Zum Schluß der Arbeit Literaturverzeichnis von 164 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) **O. Kappeler.** Resultate der Epityphlitisbehandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 479.)

K.'s Arbeit, Text eines im Konstanzer ärztlichen Vereine gehaltenen Vortrages, berichtet über die Statistik seiner Appendicitisbehandlung im Konstanzer Krankenhause während der Jahre 1896—1905. K.'s Material ist ein relativ kleines, im ganzen 150 Kranke zählendes; aber da K.'s Therapie durchaus den allgemein jetzt gültigen chirurgischen Grundsätzen folgt, so ist auch aus ihm die zunehmende

Mehrung der chirurgische Behandlung nachsuchenden Kranken und die Leistungsfähigkeit der operativen Behandlung ersichtlich. (Nicht operierte Fälle: 29 — 27 wegen völliger Unbedenklichkeit der Erkrankung exspektativ behandelt, und geheilt, 2 †, nicht mehr operabel eingebracht. Frühoperationen innerhalb der ersten 2 Tage: 16, davon 1 †. Spätoperationen mit abgekapseltem Abszeß: 42, wovon 4 †. Dabei wurde 24mal gleich der Wurmfortsatz mitexstirpiert. Spätoperationen bei fortschreitender Peritonitis: 14, wovon 3 geheilt. Appendektomien im freien Intervall: 49, sämtlich genesen.) Auch nach K.'s Ansicht gehört die Zukunft der Appendicitisbehandlung der Frühoperation.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) **Hutton.** Congenital hernia of the appendix.

(Edinb. med. journ. 1906. März.)

Bei der Autopsie eines aus unbekannter Ursache gestorbenen Knaben wurde ein wohlausgebildeter rechtsseitiger Leistenbruch gefunden, dessen Inhalt der Wurmfortsatz mit dem angrenzenden Stücke des Blinddarmes bildete. Im Gegensatze zu den bisher beschriebenen Fällen von angeborenem Bruch mit dem Processus vermiformis als Inhalt zeigte hier das Präparat einen sehr auffallenden Befund insofern, als das breit ausgespannte, bis zur Spitze des Fortsatzes reichende Mesenteriolum durch die Wand des Bruchsackes hindurch sich in die Bauchhöhle erstreckte. Eine Reposition des Bruchinhaltes wäre demnach nur operativ möglich gewesen. Der Hode lag ganz atrophisch unter der Kuppe des Bruchsackes. Obwohl keinerlei entzündliche Prozesse, Verwachsungen usw. im Bruchsacke nachweisbar waren, erklärt Verf. den Befund durch Verklebung resp. Verwachsung des Blinddarmes mit dem Hoden, so daß beim Descensus der Wurmfortsatz mit dem angrenzenden Teile des Blinddarmes mit in den Proc. vaginalis hineingezogen wurde. Andererseits soll durch Anfüllung des Blinddarmes mit Kotmassen sekundär der rechte Hode komprimiert und atrophisch geworden sein. Betreffs weiterer Hypothesen wird auf die Originalarbeit verwiesen. Eine Zeichnung erläutert die Lage des Wurmfortsatzes.

Jenckel (Göttingen).

42) **Axhausen.** Ein Fall von Hernia pectinea Cloquetii incarcerata, nach richtiger Diagnose operiert und geheilt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 567.)

Der Fall wurde in der Kieler Klinik von Goebell operiert. 72jährige Frau, an Einklemmungserscheinungen akut erkrankt, nach deren Beginn sie 3 Tage später dem Krankenhause zuging. An den Leisten- und Schenkelbauchgegenden fand sich zunächst nichts Auffallendes, nur erschien die Gegend der linken Fossa ovalis vielleicht eine Spur voller. Bei wiederholter eingehender Untersuchung bei starker Beugung und Adduktion des Oberschenkels läßt sich aber eine kleine, etwa markstückgroße, flache Schwellung feststellen, die unterhalb des Schenkelringes am Ansatze des M. pectineus an das Schambein gelegen ist und sich über das Niveau der Muskulatur ein wenig knopfartig erhebt. Konsistenz prall, Druckempfindlichkeit nicht nennenswert. Unter Medullaranästhesie Eingehen mittels Längsschnitt, Freilegung der Fascia pectinea, die etwas oberflächlicher als gewöhnlich zu liegen scheint. Schlitzung der Fascie, worauf sofort ein kastaniengroßer Bruchsack hervorquillt. Derselbe enthielt außer wenig Bruchwasser eine brandige Darmschlinge, so daß ein etwa handspannenlanges Darmstück reseziert und genäht werden mußte. Bei Isolierung des Bruchsackes zeigt sich, daß dieser vorn direkt unter der Fascie, sonst inmitten der Pectineusmuskulatur gelagert gewesen war. Der Spalt in der Fascie, welchen der Bruch zum Eintritt benutzte, muß unmittelbar am unteren Rande des Lig. pubicum Cooperi gelegen haben. Radikaloperation, glatte Heilung. Es ist anzunehmen, daß die Spaltbildung der Fossa pectinea eine präformierte gewesen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



43) **E. Roth.** Über die chirurgische Behandlung der Darminvagination im Kindesalter.

Inaug.-Diss., Freiburg-Langensalza, 1905.

Der Arbeit liegt ein vom Ref. operierter Fall zugrunde, der seines diagnostischen Interesses wegen auch hier kurz erwähnt zu werden verdient.

Ein 2jähriges Kind war plötzlich mit Leibschmerzen erkrankt, worauf Erbrechen alles Genossenen und blutige Ausleerung durch den After folgte. Beim ersten ärztlichen Besuche, 24 Stunden später, wurden die schleimig-blutigen Ausleerungen vorgewiesen, die im Bauch alsbald palpatorisch gesuchte Invaginationsgeschwulst fand sich aber nicht. Es wurde deshalb, um den durch Spannung der Muskeln gestrafften Leib zu erschlaffen, sofort chloroformiert, und nun war die Invagination als zweifingerbreite, dicke, gut zeigefingerlange, von oben links (Rippenbogen) nach unten rechts (Symphyse) gestellte, bewegliche Geschwulst leicht und unzweideutig fühlbar, wonach sofort die Laparotomie gemacht und durch die leicht ausführbare Desinvagination eine Invaginatio ileocoecalis glatt zur Genesung geführt wurde. Hiernach scheint die Narkose in ähnlichen Fällen zweifelhafter Diagnose bestens empfehlenswert.

Der Text der Dissertation im übrigen ist ein fleißig und ordentlich gearbeiteter Aufsatz zur Sache auf der Basis literarischer Studien.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **J. Pantaloni** (Marseille). Nouvelle contribution à la chirurgie du gros intestin. Trois cas suivis de guérison.

(Arch. prov. de chir. T. XV. Nr. 3.)

Im ersten Falle hat P. bei entzündlicher Narbenstenose (? Ref.) des Colon transversum nach präliminärem Anus praeternaturalis coecalis die Kolokolostomie gemacht. Im zweiten Falle verletzte er gelegentlich der Totalexstirpation der inneren Genitalien infolge schwerer Infektion die Flexur. Da die direkte Naht nicht hielt, resezierte er quer und machte die seitliche Anastomose. Beim dritten Falle resezierte P. 45 cm Dickdarm, die in einem großen Leistenbruche lagen und trotz Beckenhochlagerung nicht zu reponieren waren. Vereinigung des Darmes end-to-end. Alle drei Fälle genasen ohne Zwischenfall. **Müller** (Dresden).

45) **E. Payr.** Stenose des Rektums, bedingt durch ein verkalktes, ausgestoßenes Uterusmyom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 549.)

Bei der 70jährigen, seit lange an bedrohlichen Obstruktionsbeschwerden leidenden Pat. war in der Mastdarmvorderwand eine sehr harte, höckerige, druckempfindliche, von einem Walle ödematöser Schleimhaut umgebene Geschwulst fühlbar, die als stenosierendes Karzinom angesprochen war. Bei der zwecks palliativer Kolostomie vorgenommenen Laparotomie zeigt es sich indes, daß eine im Douglas eingekeilte völlig verkalkte, nahezu faustgroße Geschwulst vorlag, deren Herausbeförderung aus ihrem Bett auf stumpfem Wege mit einiger Schwierigkeit, jedoch ohne Verletzung der übrigens wie Uterus und Ovarien gesunden Scheide und des Mastdarmes gelingt. Bauchnaht, glatte Heilung. Die Untersuchung einer entkalkten Geschwulstpartie ließ keinen Zweifel, daß es sich um ein verkalktes, außer Zusammenhang mit dem Uterus geratenes Myom handelte.

P. fand nur wenige, einigermaßen analoge Fälle, in denen einige Male das verkalkte Myom die Mastdarmwand durchbrochen hatte und schließlich durch den After ausgestoßen bzw. künstlich herausbefördert wurde. Auch in P.'s Fall wäre ohne den Eingriff schließlich wohl ein Durchbruch in den Darm erfolgt. Bei Anwendung rektoskopischer Instrumente, event. auch von Röntgen, wäre die richtige Diagnose wohl nicht verfehlt worden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

46) **F. Lotsch.** Über Atresia ani vesicalis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 127.)

Mitteilung eines mit glänzendem Erfolge von Habs (Magdeburg) operierten Falles. Das männliche, kräftig entwickelte Kind wurde im Alter von 3 Wochen der Krankenhausbehandlung zugeführt, nachdem es bis dahin Mekonium wie Winde, später auch Kotmassen durch die Harnröhre entleert hatte. Es waren aber auch zeitweise starke Ileuserscheinungen aufgetreten, zwischendurch war ganz klarer Urin entleert worden. Zur Beseitigung der augenscheinlich vorhandenen Kommunikation zwischen Darm und Blase bei fehlendem After wird die Laparotomie gemacht. Das Ende des Dickdarmes, stark gebläht, von hypertrophischen Wandungen ohne Tänien, mündet breit von hinten her in den Blasenscheitel. Freimachung des untersten Darmes vom Mesenterium, Unterbindung, dann Querabtrennung desselben. Hierdurch wird die Blase geöffnet, welche kotig gefärbten Urin entleert und gespült wird. Blasenschluß durch dreietagige Catgutnaht. Nun wird von der Gegend des Afters vom Damme her dem Kreuzbein entlang ein dicker Trokart in die Bauchhöhle gestoßen, durch die Kanüle ein Gazestreifen gezogen und mit letzterem der erbohrte Weichteiltunnel für Durchleitung des unterbundenen Darmendes nach außen genügend erweitert, wobei zunehmend dickere Gazestreifen gebraucht, auch Kornzangendehnung gemacht und die neue Afteröffnung durch Schnitt groß genug hergestellt wird. Durchleitung des Darmes mühelos, proktoplastische Einnähung, Bauchnahtwunde. Entlassung als geheilt nach $4^1/_2$ Wochen, wie es scheint, mit guter Sphinkterfunktion.

Die der Krankengeschichte beigefügten kurzen Allgemeinbemerkungen behandeln hauptsächlich die entwicklungsgeschichtliche Entstehung derartiger Mißbildungen unter Anlehung an die maßgebenden embryologischen Autoren, sowie die klinische Seite des Leidens. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

47) **K. Richter.** Über die auf der Gießener Klinik erzielten Erfolge bei der Radikaloperation des Mastdarmkarzinoms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 105.)

Statistischer Bericht über 64 von Poppert operierte Fälle.

Mit Ausnahme eines Falles, wo die polypenförmige Geschwulst sich vor den After lagern und hier einfach abtragen ließ, sind sämtliche Fälle mittels Sakralschnitt und Steißbein- bzw. Steißbein-Kreuzbeinresektion operiert. Präliminare Kolostomie ist nie vorgenommen. 35mal fand eine Amputation, 28mal eine Resektion mit Sphinktererhaltung statt, wobei 20mal Darmnaht in situ, 8mal die Hochenegg'sche Durchziehungsmethode angewendet ist. Todesfälle an Folgen der Operation 4 = 6,22%. Es starben binnen 3 Jahren 23 an Rezidiv, an Phthise 1, 1 Pat. lebt mit inoperablem Rezidiv. Es starben nach den ersten 3 Jahren 7 Pat. an Rezidiv, 3 an anderen Krankheiten. Rezidivfrei leben zurzeit 20 Pat. (33,3%), davon länger als 3 Jahre 17 (18,33%). Werden zu den Dauerheilungen noch die 3 Pat. gerechnet, die rezidivfrei nach 3 Jahren an interkurrenten Krankheiten gestorben sind, so ergeben sich insgesamt 20 Dauerheilungen = 33,3%. Der älteste Fall lebt bereits 15 Jahre rezidivfrei. Die 28mal gemachte Darmnaht wurde in 10 Fällen insuffizient, doch blieb auch hier nur 4mal eine feine Fistel zurück.

Die funktionellen Resultate stellen sich bei den noch Lebenden wie folgt

	nach Amputation,	nach Resektion
völlige Kontinenz	0	9
relative Kontinenz	6	2
Inkontinenz	3	0

Zum Schluß sind die kurz gefaßten Krankengeschichten beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Jena, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. Sonnabend, den 26. Mai. 1906.

Inhalt: Lotheissen, Zur Ätiologie der punktförmigen Hämorrhagien im Wurmfortsatz. (Original-Mitteilung.)

1) **Apolant**, Zur Krebsforschung. — 2) **Helsted**, Verbrennungstod. — 3) **Hecker**, 4) **Meier**, Tetanus. — 5) **Thompson**, Anästhetika. — 6) **Knight**, 7) **McCardie**, Äthylchlorid. — 8) **Ritter**, Adrenalin. — 9) **Fischer**, Formaldehyd und Formalin. — 10) **Bardenheuer**, Ischämische Kontraktur nach Arterienverletzung. — 11) **v. Frisch**, Aneurysmen. — 12) **Orth**, Knochenkallus. — 13) **Haudeck**, Orthopädische Chirurgie. — 14) **Riechelmann**, 15) **Chance**, Mißbildungen. — 16) **Putti**, Tabische und syringomyelitische Mißbildungen. — 17) **Codivilla**, Gelenktuberkulose. — 18) **v. Leyden** und **Lazarus**, Gelenkentzündungen. — 19) **Calamida**, Traumatische Muskelverknöcherung. — 20) **King**, Schlüsselbeinbruch. — 21) **Thesing**, Muskelhypertrophie neben Schonungsatrophie. — 22) **Hoffa**, Traumatische Gelenkentzündung. — 23) **Zahradnický**, Verschiebung des Semilunurknorpels des Knies. — 24) **Küster**, Knieresektion. — 25) **Toubert**, Quetschwunden des Beines. — 26) **v. Khautz jun.**, Fibularbrüche. — 27) **Haudeck**, Klumpfuß.

M. Hirsch, Instrumentarium, Technik und Erfolge der epiduralen Injektionen. (Original-Mitteilung.)

28) **Harris**, Bacillus mortiferis. — 29) **Küster**, Chronische Sepsis geheilt durch Streptokokkenserum. — 30) **Pinatelle**, **Rivière** und **Leclerc**, 31) **Ross**, Kopftetanus. — 32) **Bernbach**, Karzinomdiagnose. — 33) **Oibert**, Rezidiv eines Melanosarkoms. — 34) **Kablukoff**, Echinokokkus. — 35) **Hermes**, Rückenmarksanästhesie. — 36) **v. Bergmann**, 37) **Halter**, Schußverletzungen. — 38) **Jottkowitz**, Pseudarthrosen. — 39) **D'Arcis**, Knochencysten. — 40) **Fowler**, Osteopsathyrosis. — 41) **Comisso**, Knochenplombierung. — 42) **Herrmann** und **Evler**, Federnde Streckapparate. — 43) **Tubby**, Zur Behandlung von Lähmungen. — 44) **Urbach**, Schwielen im M. subscapularis. — 45) **Langenecker**, Zerreißungen des Plexus brachial. — 46) **Haubold**, Oberarmbruch. — 47) **Murphy**, Olecranonbruch. — 48) **Haudeck**, Manus vara. — 49) **Ewald**, Klumphand. — 50) **Bäärnhielm**, Dupuytren'sche Fingerkontraktur. — 51) **Umber**, Ischias. — 52) **Hesse**, Deformierende Hüftgelenkentzündung. — 53) **Hamilton**, Kniescheibenbruch. — 54) **Anzilotti**, Kniescheibengeschwülste. — 55) **Ranzi** und **v. Auffenberg**, Bunge'sche Amputationsstümpfe. — 56) **Hübscher**, Achillotomie.

Zur Ätiologie der punktförmigen Hämorrhagien im Wurmfortsatz.

Von

Primararzt Dr. **Lotheissen** in Wien.

In Nr. 17 ds. Bl. ist Prof. Bayer neuerlich dafür eingetreten, daß die in der Schleimhaut des Wurmfortsatzes so häufig vorkommenden kapillären Hämorrhagien Kunstprodukte wären.

Diese Behauptung war zuerst von Fränkel (Hamburg) aufgestellt worden. Nach seiner Anschauung sollten die Manipulationen bei der Abtragung des Wurmfortsatzes (insbesondere das Abklemmen von Appendix und Mesenteriolum) diese Blutungen hervorrufen. Schon Lauenstein und Revenstorf[1] haben diese Ansicht bekämpft und, wie ich glaube, mit Recht. Bei 150 Operationen fanden sie 89 Appendices, die für die Untersuchung noch geeignet erschienen, die anderen waren durch Gangrän zu sehr verändert oder ganz zerstört. Von diesen 89 wiesen nur 59 Blutungen auf, 30 Appendices waren blutungsfrei, obwohl auch sie in der gleichen Weise abgetragen waren.

Revenstorf, der die histologische Untersuchung der Appendices Lauenstein's durchführte, hat die vielen Ursachen, die zu Blutungen führen können, zusammengestellt. Vermeidet man direkte Schädigungen des Wurmfortsatzes selbst, so restieren eigentlich nur die Stauungsblutungen bei venöser Hyperämie (»Suffokationsblutungen«). Diese könnten dadurch zustande kommen, daß die Abklemmung der Gefäße des Wurmfortsatzes abnorme Drucksteigerung des Veneninhaltes zur Folge hätte.

In der Tat hat Lauenstein stets zuerst das Mesenteriolum abgeklemmt und durchtrennt, dann erst die Appendix. Bayer verfährt ebenso und meint, daß die Stauung eintrete, weil die Arteria appendicularis oft schon an der Basis der Appendix an diese trete und parallel zu ihr laufe, während im Mesenteriolum nur Venen sich befänden.

Wie schon Lauenstein betonte, ist es sehr auffallend, daß solche »Stauungsblutungen« stets nur die Mucosa betreffen, daß man sie aber nie in der Serosa oder Subserosa findet.

Durchtrennt man zuerst die Arterie und bindet dann erst die Venen ab, so fehlt die neue Zufuhr von Blut (der Überdruck), und das restierende Blut könnte durch die Venen noch abfließen, brauchte sich also gar nicht zu stauen. Ich habe schon lange vor der Publikation von Belz (Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 4), der dies als besondere Methode empfahl, oft, wenn es gerade leichter ging, zuerst die Appendix abgeklemmt und dabei auch in vielen Fällen die Arterie, dann erst das Mesenteriolum, und doch sah ich die gleichen Hämorrhagien.

Um aber sicherer die Stauung auszuschließen und zugleich die mechanische Schädigung der Appendix selbst, habe ich in den letzten Tagen bei einer Pat. nach entsprechender Abstopfung der Umgebung ohne abzuklemmen den Wurmfortsatz abgeschnitten, so daß mit ihm die Arterie durchtrennt wurde und dann erst die Venen des Mesenteriolum. Die Hämorrhagien waren ganz wie sonst zu sehen. Der arterielle Überdruck kann also nicht die Ursache sein.

Bei einem anderen Pat. habe ich (ebenfalls mit entsprechender Vorsicht) die Appendix mit dem Skalpell der Länge nach gespalten,

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXVII.

ehe noch irgendein Gefäß ligiert wurde. Um aber auch jede Quetschung des Wurmfortsatzes zu vermeiden, war nur das Coecum gefaßt und vorgezogen worden, die Appendix selbst wurde dabei nicht berührt. Auch hier fanden wir dieselben Hämorrhagien wie sonst und konnten direkt beobachten, daß sie durch das Abklemmen von Appendix und Mesenteriolum nicht vermehrt wurden.

Auch ich habe, wie es schon Lauenstein hervorhob, öfters bei Operationen à froid keine Blutungen gesehen, während sie bei akuten Fällen oder bei Operation eines Rezidivs im Anfall fast nie fehlten.

Die Hämorrhagien standen fast immer im geraden Verhältnis zu den Beschwerden, welche die Pat. unmittelbar vor der Operation hatten. Je größer diese waren, um so zahlreicher und ausgedehnter waren die Blutungen. Ich glaube also, daß sie entschieden ein Produkt der Appendixerkrankung sind, um so mehr, als ich einige Male fand, daß gerade auf der Kuppe einer solchen Hämorrhagie ein ganz minimales, oberflächliches Ulcus sich entwickelt hatte. Liegt dieses dabei noch in einer kleinen Bucht der gewulsteten Schleimhaut, so findet man oft die Mucosa sehr dünn. Das ist wohl nur ein Vorstadium der ganz analog situierten feinen Perforationen, wie sie namentlich bei Streptokokkeninfektion so häufig zu sehen sind.

Wien, 2. Mai 1906.

---

1) **Apolant.** Über den jetzigen Stand der Krebsforschung.

(Therapie der Gegenwart 1906. Nr. 4.)

Der kurze, äußerst präzis und fesselnd geschriebene Aufsatz berichtet über die wichtigsten Ereignisse der neuesten Karzinomforschung.

Den Kernpunkt der ganzen Arbeit bildet die am Ehrlich'schen Institute gefundene Tatsache, daß ein virulentes Mäusekarzinom auf die Ratte übertragen hier 8 Tage wächst und dann resorbiert wird, auf eine andere Ratte weitergeimpft nicht mehr angeht, aber auf eine Maus zurückverimpft stetig weiterwächst. Zur Erklärung dieser Tatsache stellte Ehrlich den Begriff der »atreptischen Immunität« auf, womit gesagt sein soll, daß für das stetige Wachstum der Mäusegeschwulst ein bestimmter Stoff X notwendig ist, der im Mäuseorganismus vorkommt, der Ratte dagegen fehlt. Besitzt nun die Geschwulstzelle im Sinne der Seitenkettentheorie haptophore Gruppen, die der Assimilation der spezifischen Nahrungsstoffe dienen, so erklärt sich hieraus auch die Erscheinung, daß bei Mäusen, die mit einer Geschwulst erfolgreich vorgeimpft sind, eine zweite Nachimpfung gewöhnlich resultatlos verläuft. Neben der atreptischen beobachtet man bei Ratten und Mäusen auch eine auf Resorption von Geschwulstzellen beruhende aktive Immunität.

Schließlich gibt es auch Tiere, die eine natürliche Geschwulstimmunität zu besitzen scheinen.

Am Schluß der Arbeit weist A. darauf hin, daß die experimentell biologische Forschung uns auf dem Wege zur Lösung des Krebsproblemes einen bedeutsameren Schritt vorwärts gebracht hat, als irgendeine der bisher eingeschlagenen Richtungen. Als besonders erfreulich hierbei wird der Umstand hervorgehoben, daß diese biologischen Untersuchungen ganz unberührt bleiben von allen ätiologischen Fragen, die durch Dezennien fruchtlos behandelt worden sind.

Silberberg (Breslau).

---

2) **Helsted.** Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

H. hat Weidenfeld's Versuche über die Giftwirkung verbrannter Gewebsstücke nach intraperitonealer und subkutaner Einpflanzung in ein anderes Versuchstier nachgeprüft; es ist ihm aber nicht gelungen, ein positives, die Giftigkeit nachweisendes Resultat zu erzielen. Dagegen ist es ihm in Erweiterung der bekannten Scholz- und Stockischen Versuche am Kaninchenohr geglückt, durch präventiv angelegte Esmarch'sche Einwicklung und Schlauchabschnürung an der unteren Extremität den Eintritt des Todes bei einer sonst absolut tödlichen Verbrennung innerhalb gewisser Temperaturen zu verhindern. Seine Versuche zeigen die große Bedeutung der Blutschädigung und entkräften die Annahme einer Gifttheorie, wenigstens als einfachen Faktor. Ferner nahm Verf. in einer in der Arbeit näher beschriebenen Weise die isolierte Verbrennung des Blutes beim Kaninchen vor. Diese Versuche zeigten, daß die Tiere an einer isolierten Verbrennung des Blutes sterben können, und daß je mehr das Blut erwärmt wird, um so gefährlicher die Lage für die Tiere wird, was an und für sich ja natürlich erscheint, wenn man in Erwägung zieht, daß bei 52° Blutkörperchendestruktion und bei 56° Fibrinogenkoagulation stattfindet. Ein Teil der pathologisch-anatomischen Veränderungen, wie Blutungen in Lungen und Ventrikel, welche bei Hautverbrennungen stattfinden, werden bei isolierter Blutverbrennung wiedergefunden. Respirationsversuche, gleichzeitig mit isolierter Blutschädigung angestellt, erwiesen, daß der Stoffwechsel fällt, wenn ein Teil des Blutes zu einer Temperatur erwärmt wird, die gleich der Koagulationstemperatur des Fibrinogens ist. In dem Grade der nach Verbrennungen auftretenden Hämolyse glaubt Verf. einen Fingerzeig für die Prognose der Verbrennung sehen zu dürfen. Ausdehnung, Intensität und Dauer derselben waren proportional dem Hämolysegrad, insofern die Zirkulation im Augenblicke der Schädigung aufrecht erhalten worden war.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **Hecker.** Altes und Neues über die Infektionsquellen und Übertragungswege des Tetanus unter besonderer Berücksichtigung militärischer Verhältnisse.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. I. p. 29.)

Eine ausgezeichnete Übersicht über die Infektionsquellen und Übertragungswege des Starrkrampfes. Uhlenhuth und Haendel untersuchten auf Veranlassung des Verf.s, nachdem ein Fall von Tetanus bei einem Soldaten infolge einer Fußwunde entstanden war, die Fußlappen und Stiefel dieses Kranken und fanden darin virulente Tetanusbazillen. Sie dehnten dann diese Untersuchungen auf militärische Bekleidungsstücke aus: Fußlappen, Stiefel, Tuch- und Drillichhosen, Unterhosen, Halsbinden usw.; ferner Unternagelraumschmutz, Haare, Kasernenstaub usw. und konnten überall dort, wo Erde hinkam, in mehr oder weniger großem Prozentsatze (durch Mäuseversuch) Nicolaier'sche Bazillen nachweisen. Das ist ja an sich nicht wunderbar und nichts Neues. Auch wundert es uns nicht, wenn H. nachweist, daß in der Armee relativ mehr Tetanusfälle nach Verletzungen der unteren Gliedmaßen vorkommen (0,36 auf 100 Verwundete, bei den oberen Gliedmaßen 0,28, beim Kopfe 0,12!).

Dem Ref. scheint es besonders interessant, daß von den getragenen Fußlappen relativ sehr viele Tetanusbazillen beherbergten, daß aber schon einfaches Auswaschen genügte, dieselben tetanusfrei zu machen, daß endlich — sowohl in den Haendel'schen als in den Uhlenhuth'schen Versuchen — der Prozentsatz der Tetanusbazillen im untersuchten Erdreiche (von Greifswald und Stettin) ganz unverhältnismäßig größer ist, als in den beschmutzten Soldatenkleidern.

Verf. knüpft an seine Mitteilungen nahe liegende hygienische Forderungen, besonders Reinlichkeit der Fußbekleidung. Die von ihm empfohlene prophylaktische Tetanusantitoxineinspritzung der mit Erde, Kleiderfetzen usw. verunreinigten Wunden wird, wie der Chirurgenkongreß lehrte, von verschiedenen Seiten — auch, wie Ref. zufügen kann, von der Mikulicz'schen Schule — schon lange geübt; es ist aber jedenfalls zu überlegen, ob nicht überhaupt alle mit Kleiderfetzen verunreinigten Wunden für tetanusverdächtig zu halten sind — wenn das nicht zu weit führt! Beachtenswert sind auch Bemerkungen des Verf.s über den ersten Wundverband in der Feuerlinie.

Haendel bestätigt die wichtige Entdeckung Tarozzi's, daß anaerobe Bakterien bei Zusatz von Gewebsstückchen zur Bouillon auch aerob zu wachsen vermögen. **Goebel** (Breslau).

---

4) **H. Meier.** Versuche über Behandlung des Tetanus mit Brom.

(Med. Klinik 1906. Nr. 12.)

Der Leimgehalt des Bromokolls beeinflußt die Gerinnungszeit des Blutes nicht. Einspritzung unter die Haut ruft einen unangenehmen,

örtlichen, aber bald verschwindenden Reiz hervor. Bedenklicher ist die Einspritzung in die Venen. Doch ist bei Kaninchen, Meerschweinen, Hunden 1 ccm aufs Kilogramm Körpergewicht sicher unschädlich. Man kann daher zur Bekämpfung des Wundstarrkrampfes einem Erwachsenen ohne Gefahr 50 ccm auf einmal verabreichen. Doch empfiehlt M., zuerst nur 10 ccm einzuspritzen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

5) **W. H. Thompson.** Anaesthetics and venal activity: an experimental investigation into the effects of prolonged chloroform and ether narcosis.

(Brit. med. journ. 1906. März 17 u. 24.)

Um die Wirkung langdauernder Chloroformnarkosen auf die Nierenfunktion zu prüfen, stellte Verf. Versuche an Hunden an, die während der letzten 24 Stunden vor der Narkose keine feste Nahrung, und Wasser nur am Tage vorher erhalten hatten. Während bestimmter Zeitabschnitte vor, im Verlaufe und nach der Narkose wurde bei einer Reihe von Tieren der Urin gewonnen mit Hilfe von Kathetern, welche durch eine Lendenwunde in die Harnleiter eingeführt waren, bei einer zweiten Reihe von Tieren auf geradem Wege durch Harnblasenkatheter in zweistündigen Zwischenräumen. Vollkommene Anästhesie wurde erstrebt, ohne genau meßbare Dosierung des Chloroforms. Die Urinuntersuchungen erstreckten sich auf Menge, Stickstoffbestimmung, Angabe des Harnstoffs und der Chlorate, auf Eiweiß und Zucker.

Die ausführlich wiedergegebenen Einzelheiten, die im Originale gelesen werden müssen, brachten folgende Gesamtergebnisse:

Im frühen Zeitabschnitt leichter Narkose ist die Urinmenge häufig vermehrt, während der vollkommenen Anästhesie stets vermindert, zuweilen ganz auf Null gesunken. Nach Beendigung der Narkose nimmt die Urinmenge ausnahmslos zu und kann das vierfache Maß der Norm erreichen. Der Höhepunkt liegt etwa 3 Stunden nach Entfernung des Anästhetikums. Die Menge des ausgeschiedenen Stickstoffes ist in der Regel stark vermindert, und zwar noch mehr als die Urinmenge selbst. Der während der Chloroformnarkose ausgeschiedene Urin ist fast ausnahmslos wasserreicher als der normale. Bei langer Narkose mit deutlicher Urinverminderung wandern zahlreiche Leukocyten in die Nierentubuli aus und erscheinen im Urin. Die Ausscheidung der Chlorate ist während und nach der Narkose vermehrt, zeitweise bis zum zehnfachen der Norm. Eiweiß läßt sich in einer geringen Anzahl von Fällen nachweisen.

Die Versuche mit Äther wurden in derselben Weise durchgeführt und brachten folgende Hauptergebnisse:

Wie beim Chloroform, ist auch beim Äther die Urinmenge in einigen Fällen im Beginn der Narkose vermehrt, in den meisten vermindert. Diese Verminderung ist ausgeprägter als beim Chloroform und sinkt häufiger auf Null. Auch die nach der Narkose eintretende

Vermehrung des Urins verhält sich ähnlich wie beim Chloroform, aber weniger entschieden. Der Höhepunkt liegt 3 Stunden nach der Entfernung des Äthers. Die Verminderung des ausgeschiedenen Stickstoffes entspricht derjenigen des Gesamturins genauer als beim Chloroform. Der an Menge verminderte Urin enthält mehr Stickstoff, ist also wasserärmer als beim Chloroform. Die Leukocytenauswanderung ist ausgeprägter als beim Chloroform. Vorübergehende Eiweißausscheidung ist viel häufiger beim Äther als beim Chloroform.

Weber (Dresden).

---

6) **A. Knight.** Notes on ethyl chloride.

(Brit. med. journ. 1906. März 17.)

Verf. berichtet über eigene Erfahrungen und teilt den Verlauf der Chloräthylnarkose ein in drei Zeitabschnitte: zur Erzielung der leichten Narkose gießt er 2 ccm in die ganz luftdicht abschließende Maske und wartet fünf Respirationen ab. Wenn der Eintritt der Anästhesie sich hiernach verzögert, so gießt er von Zeit zu Zeit einen weiteren Kubikzentimeter auf. Unter Schluckbewegungen und Vermehrung der Speichelabsonderung tritt beim typischen Verlauf in 10 bis 15 Sekunden Bewußtloßigkeit ein, die Atmung wird langsam und tief, die Augen rollen, die Pupillen erweitern sich. Wenn jetzt das Narkotikum beseitigt wird, hält die Anästhesie 20—40 Sekunden an. Die tiefe Narkose mit Muskelerschlaffung, Gesichtsrötung, Verminderung und Schwinden des Cornealreflexes, Schweißausbruch wird bei weiterer Verabreichung erzielt. Jetzt muß das Narkotikum entfernt werden; man kann auf eine Dauer der Anästhesie von 90 bis 120 Sekunden rechnen. Der dritte Zeitabschnitt, das Erwachen, verläuft sehr schnell nach Überwindung eines leichten Traumzustandes.

Zur Erreichung des zweiten Abschnittes sind durchschnittlich 2 bis 5 ccm nötig, bei Alkoholikern 4 bis 5 ccm, bei kleinen Kindern $^1/_2$ bis 1 ccm. Die Nachwehen bestehen in Übelkeit, Kopfschmerzen, Erregung, besonders bei zu großen Gaben des Narkotikums. In ungeübter Hand ist Chloräthyl bei weitem nicht so gefahrlos wie Stickoxydul; in geübter Hand nach Verfs. Meinung sicherer als alle anderen Narkotika (?). Er empfiehlt es besonders bei ganz jungen Kindern, als Einleitung zur Chloroformnarkose und in der Zahnbehandlung.

Weber (Dresden).

---

7) **Mc Cardie.** The position of and mortality from ethyl chloride as a general anaesthetic.

(Brit. med. journ. 1906. März 17.)

Große Zahlenangaben über die Gefahren des Chloräthyls bestehen bisher nicht. Bei der Geschwindigkeit, mit der die einzelnen Zeitabschnitte der Narkose ineinander übergehen, ist die Gefahrengrenze leicht überschritten. Verf. selbst sah bei 2000 Fällen weder eine Asphyxie noch eine Synkope. Das Studium der englischen Literatur und mündliche Mitteilungen setzen ihn instand, über die große Zahl

von 30 Todesfällen in der Chloräthylnarkose zu berichten. Von 21 dieser Fälle, über die genauere Berichte vorliegen, betreffen nur drei Kinder, acht fanden statt in der Zahnbehandlung und zehn im ganzen bei Operationen an den oberen Luftwegen. Die beträchtlich höhere Zahl seiner Todesfälle im Vergleich mit denen von Seitz und Lotheissen erklärt Verf. damit, daß in England geschlossene Masken mit geringer Luftzufuhr bei der Chloräthylnarkose im Gebrauche sind, sonst überall halboffene mit reichlicher Lüftung.

Eine Hauptanzeige für Chloräthyl ist seine Verwendung zur Einleitung der Äthernarkose, ferner bei kurzdauernden (bis 5 oder 10 Minuten) Eingriffen, wenn Chloroform oder Äther aus irgendeinem Grunde nicht erwünscht ist. Die große Zahl von Todesfällen in der Zahnbehandlung lehrt uns, hierbei dem Stickoxydul den Vorzug zu geben als dem sichersten Narkotikum.

Nur der Arzt darf Chloräthyl verabreichen! Wegen des häufig eintretenden Trismus ist es empfehlenswert, vorher einen Mundöffner einzuschieben.

In der Zusammenfassung sagt Verf., daß Chloräthyl weniger sicher ist als Äther und viel weniger sicher als Stickoxydul. Letzteres sollte dem Chloräthyl stets vorgezogen werden, wenn es irgend möglich ist, und Chloräthyl beschränkt sein auf Fälle, in denen Stickoxydul nicht anwendbar ist und Chloroform und Äther unnötig stark und lange wirkend sind. **Weber** (Dresden).

---

8) **C. Ritter.** Die Einwirkung des Adrenalins auf die Lymphgefäße.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13.)

Nach Einspritzung einer 1:5000-Lösung von Adrenalin (Paranephrin) in die Haut des Vorderarmes treten, je nachdem man den Arm erhebt oder gesenkt hält, ein oder mehrere weiße Streifen am ganzen Arme bis zur Achselhöhle hin oder abwärts nach der Hand zu auf. Das Adrenalin erzielt eine Zusammenziehung der kleinen Adern innerhalb der Lymphgefäßwand. Adrenalin wirkt also hauptsächlich durch die Lymphbahnen aufgenommen.

R. schließt aus dieser Beobachtung, daß auch bei Durchgang anderer Gifte Lymphgefäßentzündung auftritt, ohne daß dazu Lymphgerinnung erforderlich ist. Legt man nach dem obigen Versuche eine Stauungsbinde um den Oberarm, so wird die Adrenalinlösung zurückgehalten und verteilt sich im ganzen Gliedabschnitt; denn nach der Lösung der Binde bilden sich bald hier, bald da anämische Bezirke. In ähnlicher Weise verteilen sich wohl auch die Bakteriengifte überallhin unterhalb der Binde. Wird sie zu früh abgenommen, so können an einzelnen Stellen zurückgebliebene, noch wirksame Keime Erysipel veranlassen. Die Stauungsbehandlung ist demnach stets solange fortzusetzen, bis die Krankheit völlig ausgeheilt ist. Die Adrenalinanämie schädigt, aus bisher nicht bekanntem Grunde, das Ge-

webe nicht; denn bei Innehaltung aller Vorsichtsmaßregeln folgt der Einspritzung keine reaktive Blutfülle. **Georg Schmidt** (Berlin).

---

9) **M. H. Fischer.** The toxic effects of formaldehyde and formalin.

(Journ. of experim. med. 1906. Februar 4.)

Zahlreiche Tierversuche hatten für den Verf. folgende, in der umfangreichen Arbeit niedergelegten Ergebnisse:

Einatmung und Einspritzung von Formaldehydgas erzeugt auch in kleinen Mengen Bronchitis und Pneumonie. Verschlucktes Formalin kann plötzlich töten. Formalin verursacht im Magen stets einen mehr oder weniger hohen Grad von Gastritis, im Bauchfell eine fibrinös-hämorrhagische Peritonitis, im Unterhautzellgewebe schwere exsudative Entzündung, in den Muskeln eine Myositis. Auf welchem Wege Formalin auch immer in den Körper eingeführt wird, stets erzeugt es Veränderungen in den parenchymatösen Organen: Trübe Schwellung, Vakuolenbildung im Protoplasma, Kernveränderungen, Leukocytose, Nekrose, fettige Entartung. Die Einzelheiten müssen in der Urschrift eingesehen werden. **Weber** (Dresden).

---

10) **Bardenheuer.** Die ischämische Kontraktur und Gangrän als Folge der Arterienverletzung.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 87.)

An der Hand von zehn ausführlich mitgeteilten Fällen wird das Gebiet der Ischämie und Gangrän der Extremitäten besprochen, und vor allem auf geringfügige Intimaverletzungen der großen Arterien als Ursache dieser Zustände — ohne und mit Anlegung von schnürenden Verbänden — hingewiesen. Jedenfalls kommt aber neben der Unterbrechung des arteriellen Kreislaufes auch der venösen Stase eine große Rolle hierbei zu. Es hängt von dem Grad und der Dauer der Ischämie und Stase ab, ob zunächst nur entzündliche Vorgänge infolge Nekrose und fibröse Entartung der Muskeln eintreten oder feuchte Gangrän und Ausstoßung. Zur Entwicklung der ischämischen Kontraktur — für welche B. die Ablösung der kontrahierten Muskeln von ihren Ursprungsstellen in einem Falle mit glänzendem Erfolg ausübte — ist es nötig, daß die Ischämie allein nicht zu hochgradig ist. Die ischämische Muskelentzündung ist der niedrigste Grad der Folgen der Ischämie und venösen Stase; bei längerer Dauer und stärkerem Grade der letzteren wird die Nervenleitung unterbrochen (parenchymatöse Neuritis); an dritter Stellung tritt die Ernährungsstörung der Haut ein. Die sich entwickelnde Gangrän kann noch durch einen entstehenden Kollateralkreislauf hintangehalten resp. beschränkt werden. Hierfür wird ein besonders lehrreicher Fall mitgeteilt, bei dem die Versuchung zur Amputation sehr groß war. B. betont das exspektative Verhalten bei Verletzungen an Arterien und nebenher gehenden Weichteilverletzungen,

das unter Vermeidung von einschnürenden Verbänden, Hochlagerung und Wärmezufuhr (elektrische Bestrahlung) weit ausgedehnt werden kann.

Der Einfluß des Alters auf die Entwicklung der ischämischen Kontraktur und Gangrän spricht sich darin aus, daß erstere fast nur bei Kindern vorkommt. B. erklärt das dadurch, daß bei diesen die Ernährung des Gliedes (bessere Gewebsverhältnisse, gesundere Gefäßwände, raschere Bildung eines Kollateralkreislaufes und Absorption des entzündlichen Exsudates und des nekrotischen Gewebes) eine so gute ist, daß eben in Fällen, wo im höheren Alter Gangrän eintreten würde, hier nur der erste Grad, die ischämische Kontraktur, beobachtet wird, daß also nicht etwa, wie Kriege meint, das kindliche Alter empfindsamer gegen Ischämie sei. **Goebel** (Breslau).

---

11) **O. v. Frisch.** Beitrag zur Behandlung peripherer Aneurysmen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

Der vorliegenden Arbeit ist das stattliche Material von 19 Aneurysmen der verschiedenen Körpergegenden aus der Tätigkeit v. Eiselsberg's zugrunde gelegt. Ätiologisch unterscheidet man spontane und traumatische Aneurysmen. Oft ist die Klassifizierung keine ganz leichte. Unter den traumatischen sind drei Unterabteilungen zu unterscheiden, die durch perforierende Fremdkörper, die durch stumpfes Trauma und die durch chronisch rezidivierende Verletzungen entstandenen. Von den Fällen des Verf.s waren 15 traumatisch, 4 spontan; doch muß betont werden, daß die als spontan bezeichneten Aneurysmen von den rein traumatischen in pathologisch-anatomischer Beziehung wenig oder gar nicht unterscheidbar sind. Was die Therapie anlangt, so ist die Digitalkompression höchstens dann zu versuchen, wenn Pat. einen operativen Eingriff verweigert. Auch die elastische Einwicklung hält v. F. nicht für besonders empfehlenswert, weil ihre Dosierung unsicher, das Verfahren schmerzhaft und nicht ganz ungefährlich bezüglich Neubildung eines Aneurysma an der Druckstelle, Embolie und Gangrän ist. Von den operativen Methoden verdient die Naht des Gefäßrohres bei einem relativ frischen Aneurysma Beachtung. Doch kann danach immer noch die Resektion erforderlich werden. Ein weiteres Verfahren ist das von v. Mikulicz. Es besteht aus zwei Akten; im ersten wird die zuführende Arterie unterbunden, im zweiten das Aneurysma soweit inzidiert, daß die Blutgerinnsel, die sich indessen gebildet haben, entleert werden können. Diese Methode hat mehrere Gefahren, und zwar erst die der Gangrän, dann die der Nachblutung und Infektion. Da indessen die Operation relativ einfach ist, so mag sie in Erwägung gezogen werden, wo es sich um ein schwer zugängliches Aneuryma handelt oder wo voraussichtlich die Exstirpation nicht überstanden werden würde, ferner wo eine Narkose oder Medullaranästhesie kontraindiziert ist. Weiterhin

werden die radikalen Methoden besprochen. Obwohl der Exstirpation vor allen anderen Methoden der Vorzug gebührt, ist man doch in einer Reihe von Fällen gezwungen, das Antyllus'sche Verfahren oder die Unterbindung nach Hunter oder Wardrop-Brasdow auszuführen, letzteres besonders dann, wenn die Gefäße nicht von beiden Seiten des Aneurysmas zugänglich sind. Indiziert ist die Spaltung nach doppelter Unterbindung, wenn, wie in einem der geschilderten Fälle, eine das Aneurysma begleitende Phlegmone besteht. In den meisten Fällen wird nach der vollkommenen und dauernden Unterbrechung des Blutstromes im Hauptgefäß der Extremität keine Gangrän auftreten, da sich die bereits vor der Operation vorhandenen Kollateralen mächtig erweitern und den genügenden Querschnitt erlangen, die Extremität am Leben zu erhalten. Häufig genug sind hingegen die Fälle, wo man nach dem chirurgischen Eingriff um die Extremität besorgt sein muß und wo sie mehrere Tage kalt und blaß ist, bis allmählich die Zirkulation zurückkehrt. Hier und da aber bleibt dieselbe leider ganz aus, und es kommt zur Gangrän. — Über die Bedeutung der gleichzeitigen Resektion der Vene sind die Ansichten der Autoren geteilte. Die einen beobachteten Gangrän als Folge derselben, andere aber empfehlen bei technischen Schwierigkeiten ihrer Erhaltung die Mitentfernung derselben. v. F. kann die Resektion der gesunden Vene nicht für gleichgültig halten. Dagegen ist es seiner Meinung nach belanglos, ob der aneurysmatische Sack vollständig entfernt wird, oder ob man Reste der peripheren Sackwandung zurückläßt. Bezüglich der Operation selbst, die Verf. im Detail näher beschreibt, rät er, nur Seide zur Unterbindung zu verwenden und den Esmarch'schen Schlauch nach Exstirpation des Sackes abzunehmen, um dann die noch folgende Blutung aus seitlichen Gefäßen zu stillen. Für die Nachbehandlung empfiehlt er die Anwendung von Kochsalzinfusionen als ein die Zirkulation beförderndes Mittel. Wichtig ist es, die Pat. nach der Aneurysmaexstirpation lange im Bette liegen zu lassen, sie zu massieren und die Funktionen des Gliedes methodisch zu üben, was anfänglich mit großer Vorsicht geschehen muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

12) **J. Orth.** Ein Beitrag zur Kenntnis des Knochenkallus.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 31.)

In der hochbedeutsamen Arbeit geht Verf. von der genau mitgeteilten und prachtvoll illustrierten Beschreibung eines Callus luxurians bei extrakapsulärem Schenkelhalsbruch eines 84jährigen Mannes aus. Nach den eigenen Worten O.'s lehrt der Fall, daß es bei nicht infizierten Brüchen menschlicher Knochen nicht nur periostalen und myelogenen, sondern auch parostalen Kallus gibt, welcher durchaus unabhängig vom Periost aus dem gewucherten umgebenden, insbesondere dem intermuskulären Bindegewebe hervorgeht, und welcher genau so wie jener zu gewissen Zeiten (hier am 15. Tage) teils knorpelig, teils osteoid und knöchern beschaffen ist. An allen Stellen, wo über-

haupt über die Entstehung dieses Kallus eine Vorstellung gewonnen werden konnte, sprach alles für eine Bildung sowohl des knorpeligen wie des osteoiden Teiles aus Gewebsmetaplasie des gewucherten Bindegewebes, während der fertige Knochen sowohl aus dem osteoiden Gewebe wie — abermals durch metaplastische Gewebsumformung — aus dem Knorpel hervorgegangen war.

Verf. verbreitet sich in der Arbeit sowohl über Fragen der Metaplasie: Entstehung von Knochen aus Bindegewebe auf neoblastischem Wege, indem aus den Bindegewebszellen Osteoblasten werden, welch letztere erst die osteoide Substanz bilden, oder Entstehung des Knochens durch Umwandlung der Bindegewebszellen in Knochenkörperchen und Kalkablagerung in das Incellulargewebe; als über das Verhältnis der Verkalkung und Knochenbildung zur Eisenablagerung: die jüngsten Osteoidbälkchen enthielten weder Eisen noch Kalk; in älteren Bälkchen resp. älteren (zentralen) Teilen derselben konnte beides nachgewiesen werden, während fertiger Knochen wieder kein Eisen enthielt. O. wendet sich gegen teleologische Anschauungen Schmorl's, Gierke's und Mühlmann's, die die Bildung der roten Blutkörperchen mit dem Eisengehalte der verknöchernden Teile in Zusammenhang bringen wollen.

Endlich wird auf den großen Reichtum von Knorpel in dem parostalen Kallus aufmerksam gemacht, der dem Vorkommen von Knorpel im periostalen und myelogenen Kallus des Menschen entspricht. Dieses Vorkommen von Knorpel kann hier nicht auf gleichzeitigen Druck und Flächenverschiebung (Abscherung, Roux) zurückgeführt werden. Die Bilder sprachen sowohl für metablastische Umwandlung des Knorpels in Knochen, als für Entstehung des ersteren durch Gewebsmetaplasie aus dem gewucherten parostalen Bindegewebe.

Ref. möchte auf die Wichtigkeit der Untersuchungen O.'s auch für die Frage der Myositis ossificans (Reitknochen) hinweisen.

Goebel (Breslau).

---

13) **M. Haudeck.** Grundriß der orthopädischen Chirurgie für praktische Ärzte und Studierende. 198 Abbildungen. 356 S.

Stuttgart, **F. Enke,** 1906.

Hoffa selbst gibt dem Werke seines früheren Schülers das Geleitwort. Es soll lediglich dem praktischen Arzte Winke für sein Vorgehen geben und den Studierenden in die Orthopädie einführen. Dementsprechend sind Symptomatologie, Diagnostik, Therapie im allgemeinen ausführlich behandelt, während von der pathologischen Anatomie nur das notwendigste gegeben wird. Auf die Darstellung der für die Praxis wichtigsten Krankheiten, deren zu späte Diagnose so oft schweren Schaden bringt, wie Skoliose, Spondylitis, Luxatio coxae, Pes varus und valgus, hat der Verf. natürlich besonderen Wert gelegt. Sehr zweckmäßig ist auch eine kurze Besprechung der allgemeinen Behandlung von Lähmungen angefügt. In der Einteilung und den



Abbildungen schließt sich der Grundriß ganz dem Hoffa'schen Lehrbuch an.

Renner (Dresden).

14) **W. Riechelmann.** Über Mißbildungen.

(Med. Klinik 1906. Nr. 12.)

Eine am 7. Tage bemerkte Atresia ani wurde mit Erfolg operiert. Die gleichzeitig entdeckte Fistula vestibularis heilte im Laufe von 3 Wochen von selbst. R. schließt daraus, daß sie nicht, wie bisher meist angenommen wurde, eine Hemmungsbildung und ein mit unversehrter Epithelschicht ausgekleideter Gang ist, sondern rein mechanisch durch Druck des angestauten Darminhaltes auf die Darminnenwand und hintere Scheidenwand zustande gekommen ist. — Eine Fistula auriculae (am oberen Ansatz der Ohrmuschel) wird auf eine Hemmung in der Verschmelzung der Ohrmuschelwülste zurückgeführt.

Georg Schmidt (Berlin).

15) **E. J. Chance.** Bodily deformities. Vol. I.

London, **J. Poland,** 1905.

Der erste Band des Little gewidmeten Buches enthält in seiner Einleitung eine Würdigung der spezialisierten Kleinarbeit auf allen Zweigen der Medizin und feiert Stromeyer als Erfinder der Tenotomie.

Unter Mißbildung versteht Verf. eine Unvollkommenheit des Skelettes oder der darüberliegenden Weichteile. Er erkennt jedoch der Gestalt des Skelettes den größten Einfluß auf die Form der Glieder zu.

Die Mißbildungen werden von vier verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet:

1) Vom verschiedenen Zeitpunkte des Auftretens; 2) dem System, das die veranlassenden Momente berücksichtigt; 3) der Deformität als solcher nach Zahl, Gestalt, Lage, Bewegung usw.; 4) den ätiologischen Momenten an und für sich.

Die Darstellung des Stoffes ist eine eigenartige und bewältigt die zahlreichen und mannigfaltigen Formen unter Berücksichtigung aller spezialwissenschaftlichen Theorien. Es kann daher die Lektüre des illustrativ leider etwas stiefmütterlich ausgestatteten Buches empfohlen werden.

A. Hofmann (Karlsruhe).

16) **Putti.** Le deformità nella siringomielia e nella tabe. II.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 5; vgl. Arch. di ortopedia 1904. Nr. 2.)

Von tabischen Deformitäten werden besprochen 1) Schädigungen der Gelenke. Dieselben beruhen auf trophoneurotischen Veränderungen der Gewebe, welche das Gelenk gegenüber verschiedenen mechanischen oder thermischen Einwirkungen weniger widerstandsfähig machen. 2) Die Schädigungen der Knochen (Spontanfrakturen, Callusunregelmäßigkeiten, Verknöcherungen der Weichteile). 3) Wirbeldeformitäten (langsamer Beginn, rasche Verschlimmerung zumeist durch Trauma mit

Fraktur von Wirbeln, Ausbildung einer Kyphoskoliose). 4) Der tabische Plattfuß (Schwellung an der Artic. tarso-metatarsea und der Pes varoequinus).

Gegenüber den syringomyelitischen Deformitäten sind die plötzlichen Verschlimmerungen mit raschester Zunahme der Deformität von Wichtigkeit. Die Therapie sei konservativ.

Drei Krankengeschichten. In zweien der Fälle waren die von Kienböck geschilderten radiographischen Veränderungen sehr deutlich.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **Codivilla.** L'elemento funzionale nella cura della tubercolosi articolare.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 5.)

C. berichete auf dem internationalen Chirurgenkongreß zu Brüssel über die Behandlung der Gelenktuberkulose mit Rücksicht auf die Funktionstüchtigkeit des Gliedes. Die Resektion ist in den letzten Jahren mit Unrecht zu sehr eingeschränkt worden. Im allgemeinen verspricht zwar die konservative Methode, besonders an den unteren Extremitäten, bessere Resultate, sofern sie zur Heilung führt. Ob man sie oder die Resektion wählt, wird vielfach von sozialen und persönlichen Verhältnissen abhängen; Resektion wird man wählen, wenn noch eine Heilung erreicht werden muß, wo das Allgemeinbefinden Abwarten nicht erlaubt. Auch bei jugendlichen Individuen darf die Knieresektion gemacht werden, wenn man nur die Epiphysenlinie schont und die Deformität durch Schutzapparate und Sehnentransplantationen vermeidet.

Bei konservativer Behandlung hat man zu unterscheiden, ob der Fall frisch oder erst nach längerer Zeit zur Behandlung kommt. Im ersteren Falle wird Extension, Stellungsverbesserung in Narkose und Gipsverband angewandt. Bis zum Verschwinden der Schmerzen läßt C. Bettruhe halten. Die Stellungskorrektur wird fast immer vertragen und ist unschädlich. Auch da wo die Kontraktur der Ausdruck einer Vermeidung des Druckes auf Knochenherde ist, wird fast immer die Immobilisation günstig einwirken. Bei fortgeschrittenen Fällen wird brüskes Redressement verworfen; etappenweises Vorgehen führt zum Ziele; die Spannung der Weichteile muß zuerst beseitigt werden. Später folgt dann Immobilisation.

In abgelaufenen Fällen werden Osteotomien (an der Hüfte die subtrochantere) und Resektionen oder Arthrolysen (an der oberen Extremität) empfohlen. Die Lorenz'sche pelvitrochantere Osteotomie wird verworfen. Verkürzungen lassen sich durch schräge Osteotomie und nachfolgende forcierte Extension an Apparaten des Verf.s beseitigen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).



18) **v. Leyden** und **Lazarus.** Über die Behandlung der Gelenkentzündungen mit der Bier'schen Stauungshyperämie.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. I. p. 271.)

Die Verff. wandten mit Erfolg Bier'sche Stauung bei gonorrhoischem und akutem Gelenkrheumatismus an. Bei letzterem wirkte die Stauung allein nicht, wohl aber konnte sie die Salizylbehandlung unterstützen und abkürzen, so daß keine Nierenreizung eintraten und bei Auftreten einer schweren Endokarditis eine Einschränkung im Gebrauche des Salizyls unbedenklich eingeleitet werden konnte. Weniger schlagend waren die Erfolge bei chronischem Gelenkrheumatismus, weniger günstig bei Arthritis deform. chron., dagegen deutlich bei gichtischer Gelenkentzündung. Verff. betonen besonders die schmerzstillende Wirkung, gehen auf die Erklärungsversuche der Stauungswirkung näher ein (Hyperämisierung, bakterizide Wirkung, Hyperleukocytose, Autolyse, Verdünnung der entzündlichen Exsudate usw.) und heben die günstige Wirkung der Kombination mit aktiver Hyperämie (Heißluft), Massage, Bäder, Gymnastik usw. hervor.

Goebel (Breslau).

---

19) **Calamida.** Ossificazione muscolare traumatiche.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 3.)

C. berichtet über sechs Fälle isolierter traumatischer und einen siebenten spontaner Muskelverknöcherung; befallen waren Brachialis int., Vastus medius und ext., Tensor fasciae und Adduktoren, Vastus internus, Ileopsoas, linker Temporalis, Psoas und Pectineus.

C. unterscheidet die spontanen von den traumatischen Formen und faßt unter letzteren sowohl die nach einmaligem Trauma, wie die nach professionellen chronischen Traumen auftretenden Fälle zusammen.

In der Entwicklung werden drei Stadien unterschieden: eines der Bindegewebshyperplasie mit Degeneration der Muskelfasern; ein zweites, in welchem die Bindegewebszellen sich in Osteoblasten und Knorpelzellen umwandeln; ein drittes, in welchem die Osteoblasten wahren, meist spongiösen Knochen bilden. Die Fälle, in welchen die Knochenbildung von versprengten Periostteilen ausgeht, beschränken sich auf sehr seltene Fälle, stets mit schwereren Verletzungen der Knochen oder der Gelenke. In der überwiegenden Zahl der Fälle geht der Prozeß vom intermuskulären Bindegewebe aus und steht in der Mitte zwischen Entzündung und Geschwulst.

Die operative Behandlung soll in frischen Fällen die ganze veränderte Muskelpartie im Gesunden entfernen, bei abgelaufenen Fällen wird die gesunde Muskulatur geschont. Verwachsungen mit dem Knochen sind zu lösen. Die Blutstillung muß sehr exakt sein. Rezidive sind Folge einer unvollständigen Operation.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

20) **E. King.** Fracture of the clavicle.

(St. Paul med. journ. 1906. Februar.)

Verf. bespricht in Kürze die verschiedenen Methoden der Behandlung der Schlüsselbeinbrüche, von denen ihm keine ein absolut befriedigendes Resultat gegeben hat. K. bedient sich nun eines Verbandes, dessen Technik folgende ist. 1) Anlegung zweier Heftpflasterstreifen. Der erste beginnt am unteren Winkel des Schulterblattes der verletzten Seite, zieht etwas nach außen über die Schulter nach vorn, durch die Achselhöhle wieder nach hinten, um dann quer über den Rücken um den Brustkorb zu verlaufen und am Brustbein zu endigen. Der zweite Streifen beginnt vorn am freien Rande der Rippen, läuft nach oben und innen über die Schulter und wird hinten nach abwärts bis einige Zentimeter unterhalb des Schulterblattes geführt. 2) Fixation des Armes mittels Velpeau'schen Verbandes.

Der erste Streifen soll das Schulterblatt fixieren, der zweite die Zugwirkung des Kopfnickers beseitigen. Beides hält Verf. für sehr wichtig.

Levy (Wiesbaden).

---

21) **E. Thesing.** Über das Vorkommen partieller Muskelhypertrophie neben Schonungsatrophie nach (Unfall-) Verletzung der unteren Extremitäten.

(Med. Klinik 1906. Nr. 10.)

Zwei Fälle gleichzeitiger Atrophie und Hypertrophie am unfallverletzten Beine beim Fehlen gröberer anatomischer Veränderungen, aufgedeckt durch genaue Umfangsmessungen. Begrenzte Muskelüberentwicklung tritt dann ein, wenn eine andere Muskelgruppe geschwäch ist, ohne daß der Gebrauch des ganzen Beines überhaupt aufgehoben wird. Doch kann eine solche ausgleichende Erstarkung des einen Muskels durch die Abmagerung des anderen leicht verdeckt werden. In beiden Fällen — einmal nach einer Quetschung des Fußes, das andere Mal nach Abriß des Oberschenkelstreckers von der Kniescheibe — fand sich eine Verdickung der Wadenmuskeln bei Schwächung der Oberschenkelmuskulatur, wofür T. eine durch Zeichnungen erläuterte mechanische Deutung gibt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

22) **Hoffa.** Über die traumatische Entzündung des Kniegelenkes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

H. giebt ein allgemeines Übersichtsbild über die traumatische Arthritis, zu der auch das typische Bild der von ihm später beschriebenen bindegewebigen Hyperplasie des subpatellaren Fettgewebes gehört. Es handelt sich um subkutane Gelenkverletzungen; auf chronische leichte Traumen oder einmalige stärkere Verletzungen reagiert das Gelenk zunächst mit exsudativen Erscheinungen; die Synovialis lötet sich und schwillt an, besonders an ihren seitlichen Umschlagsfalten, an den die Kniescheibe umgebenden Falten und an den Um-

schlagsstellen des oberen Recessus, besonders aber auch an den Falten des subpatellaren und suprapatellaren Fettgewebes. Neben einer diffusen Infiltration mit mononukleären Lymphocyten finden sich perivaskuläre, lymphomartige Anhäufungen von Lymphocyten in dem subintimalen Bindegewebe. Bei Fortschreiten des Processes substituiert immer reichlicher werdendes Bindegewebe das subsynoviale Fettgewebe teilweise; auch wird schleimige und hyaline Degeneration beobachtet. Der Reiz, das Trauma, kann auch von dem Innern des Gelenkes ausgehen; Arthritis deformans, freie Körper, Dérangment interne führen zu ähnlichen Veränderungen der Synovialis. Die Diagnose ist in den meisten Fällen sicher zu stellen, in zweifelhaften Fällen unterscheidet die Röntgenographie nach vorheriger Sauerstoffinsufflation. Die Therapie besteht in partieller Arthrektomie. Obwohl dies das einfachste und sicherste Behandlungsverfahren ist, soll doch bei nervösen Pat. versucht werden, durch genügend lange angewandte konsequente Behandlung mit den üblichen mechanischen Heilfaktoren eine Besserung des Leidens zu erzielen. Von 43 Pat. wurden 41 ganz von ihren Beschwerden befreit, eine Pat. behielt eine verminderte Beweglichkeit zurück, und in einem Falle kam es infolge von Infektion zu einer völligen Ankylose.

Langemak (Erfurt).

---

23) **F. Zahradnický.** Die Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenkes.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 6.)

Den bisher durch pathologisch-anatomischen Befund oder durch Operation sichergestellten 43 Fällen von Luxation des Semilunarknorpels des Kniegelenkes reiht Verf. 3 weitere Fälle aus der Literatur und eine eigene Beobachtung an. Eine vollständige Luxation der Menisken existiert überhaupt nicht; es handelt sich nur um eine partielle Luxation, besser ausgedrückt Ruptur, die am häufigsten das vordere Ende des Meniscus betrifft. Am häufigsten ist die Luxation traumatischen Ursprungs: gewaltsame Rotation bei mäßig gebeugtem Gelenk. Die Differentialdiagnose gegen freie Gelenkkörper kann leicht, aber auch ziemlich schwer sein; ja sie ist manchmal erst nach Eröffnung des Gelenkes möglich. Von operativen Eingriffen wurden in gesammelten Fällen 21 partielle und 7 totale Exstirpationen, sowie 11 Annähungen der Bandscheibe vorgenommen. Die Operationsresultate sind durchwegs gute, auch was die Funktion anbelangt; nur resultiert bei der totalen Exstirpation eine mäßige Genu valgum-Stellung.

Paul Wagner (Leipzig).

---

24) **Küster.** Die Resektion des Kniegelenkes mit Beseitigung der Kniescheibe.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 71.)

Empfehlung einer Methode mit einem Schnitt, welcher, dicht unter der Kniescheibe hinweglaufend, ein wenig hinter dem einen Kondylus

beginnt und hinter dem anderen Kondylus endet; ein zweiter Schnitt verbindet die beiden Endpunkte des ersten, bogenförmig dicht oberhalb der Kniescheibe verlaufend. Beide Schnitte werden bis ins Gelenk vertieft und der ganze bikonvexe Lappen im Zusammenhang mit der Kniescheibe beseitigt. Starkes Klaffen des Gelenkes und Vermeidung von Hohlräumen bei der Vernähung rühmt K. als Vorteile seiner Methode.

Es wird zugleich eine Kritik der anderen Kniegelenksmethoden gegeben, die aber dem Ref. nicht immer gerechtfertigt erscheint. Die Furcht vor Hohlraumbildung, wenn zuviel Haut um die Knieschneibe usw. verbleibt, ist nach den Erfahrungen anderer Kliniken wohl nicht allzuhoch anzuschlagen, und die Vorteile der Erhaltung der Kniescheibe, besonders wenn man sie halbiert, die knorpelige Hinterfläche fortnimmt und nun die eine Hälfte mit dem Oberschenkel, die andere mit dem Schienbein ankylosieren läßt, scheinen dem Ref. nicht ohne weiteres zu verachten. Wenn K. sagt, daß »man bei der Kindertuberkulose von der Resektion auf die Arthrektomie und von dieser auf noch konservativere Behandlungsformen, Jodoform-Glyzerineinspritzungen und Bier'sche Stauung, zurückgewichen ist«, so muß dem auch entgegengehalten werden, daß das nicht der Standpunkt der meisten Kliniken zu sein scheint, vgl. z. B. Garrè, dieses Zentralbl. 1905, p. 1307 und Deutsche med. Wochenschrift 1905, Nr. 48. Die Vorteile der bogenförmigen Resektion nach Helferich, die nur nebenbei gestreift wird, sind auch wohl nicht so ohne weiteres zu übergehen.

Die Resultate der K.'schen Methode (2 Abbildungen) scheinen aber sehr gut zu sein, und fordern zur Nachahmung auf.

Goebel (Breslau).

---

25) **J. Toubert.** A propos des plaies contuses de la jambe.
(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 27.)

Aus dem Materiale der französischen Armee weist T. nach, daß die aseptische Behandlung genannter Wunden der antiseptischen zweifellos überlegen sei. Die Behandlungsdauer beträgt bei ersterer Behandlung fast $^1/_5$ der bei letzterer nötigen. Unter aseptischer Behandlung versteht T.: langes heißes Seifenbad, sorgfältiges Bürsten mit Seife, Seifenspiritus, trockene aseptische Gaze.

V. E. Mertens (Breslau).

---

26) **A. v. Khautz jun.** Zur Kenntnis der Fibularfrakturen.
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

v. K. hat aus dem Röntgenmateriale der chirurgischen Abteilung der k. k. Rudolfstiftung (Föderl) die von Suter und von Behring in letzter Zeit besonders gewürdigte Art der Fibularfraktur an 16 Fällen eingehender untersucht.

Bei diesen Fibularfrakturen knapp oberhalb des Knöchels verläuft die Bruchebene nicht, wie bei den typischen Pronationsknöchelbrüchen, rein quer oder schräg von innen oben nach außen unten oder umge-

kehrt, sondern von hinten oben nach vorn unten. Dies hat bei der meist geringen seitlichen Verschiebung des Bruchendes zur Folge, daß auf dem in sagittaler Richtung aufgenommenen Röntgenbilde keine Spur einer Bruchlinie zu sehen ist. Dieser Befund ist besonders überraschend, wenn eine Fraktur klinisch festgestellt ist und man sich mit einer einzigen Röntgenaufnahme begnügt hat. Auffallend ist die häufig geringe Schmerzhaftigkeit und Funktionsstörung bei dieser Bruchform.

Hübener (Liegnitz).

---

27) **M. Haudek.** Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes beim Neugeborenen und Säugling.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 12.)

Wer Gelegenheit hat, ein größeres Klumpfußmaterial zu beobachten, weiß, daß sich schon bei nur wenige Wochen alten Kindern sehr oft nicht unbedeutende Schwierigkeiten für das Redressement und die vollkommene Korrektur der Mißbildung ergeben; da mit der Funktion des kindlichen Fußes auch die pathologischen Veränderungen eine stete Zunahme erfahren, so werden dementsprechend auch die Schwierigkeiten für das Redressement immer größer. Es wird sich daher die Durchführung einer möglichst frühzeitigen radikalen Behandlung des Klumpfußes empfehlen, und zwar am besten nach dem Verfahren von v. Oettingen: einmalige oder in einigen Etappen manuell durchgeführte Redression des Klumpfußes und Anlegung eines redressierenden Verbandes zur Fixierung des Resultates. Die Behandlung kann schon in den ersten Tagen nach der Geburt einsetzen, außer wenn das Kind besonders schwach ist. Die Korrektur der Deformität wird mit Hilfe des modellierenden Redressements nach Lorenz ausgeführt.

Paul Wagner (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

Instrumentarium, Technik und Erfolge der epiduralen Injektionen.

Von

Dr. **Maximilian Hirsch** in Wien.

Die von Cathelin im Jahre 1901 eingeführten epiduralen Injektionen bestehen in der Einspritzung gewisser medikamentöser Flüssigkeiten in den epiduralen Raum, d. h. in den Raum zwischen Dura mater des Rückenmarkes und innerem Periost des Wirbelkanales. Dieser überall virtuelle Raum erhält dadurch, daß die Dura schon in der Höhe des 2. Sakralwirbels endigt, im Bereiche des Kreuzbeinkanales eine Ausweitung, die Ampulle des epiduralen Raumes, welche vom Hiatus sacralis aus bequem zugänglich ist.

Der Indikationskreis der Methode umfaßt drei Gebiete: I. Die Injektionen wirken analgesierend: Am Tiere läßt sich operative Analgesie erzielen, am Menschen Schmerzlinderung bei diversen schmerzhaften Leiden der unteren Körperhälfte, wie Ischias, viscerale Krisen usw. II. Der epidurale Weg kann als medikamentöser Absorptionsweg benutzt werden, z. B. durch Injektion von Jodoform-

emulsion bei Caries der Wirbelsäule usw. Am leistungsfähigsten ist jedoch das Verfahren in seinem III. Indikationsgebiete, nämlich in der Behandlung der essentiellen Enuresis und der Reizblase.

Meine Resultate beziehen sich auf ein Beobachtungsmaterial von 30 Fällen der v. Mosetig'schen Abteilung, deren Schicksale ich ständig weiter verfolgt habe: von diesen konnte ich 80% als dauernd geheilt, 13% als gebessert, 7% als ungeheilt bei einer Beobachtungsdauer von $1^1/_2$ Jahren notieren. Die Beurteilung der Resultate wird dadurch erschwert, daß die Enuresis kein ätiologisch und klinisch einheitliches Leiden ist; soviel steht fest, daß die Resultate um so schlechter werden, je länger das Leiden bestand und je mehr es bereits andersartig behandelt wurde. Dieses Moment im Vereine mit der Tatsache, daß die Methode ganz harmlos und ungefährlich ist, legt es nahe, bei der Enuresis vor allem dieses Verfahren einzuschlagen. Dem Einwande, daß die epiduralen Injektionen durch Suggestion wirken, begegne ich dadurch, daß ich im Anschluß an dieselben stets eine objektiv nachweisbare Veränderung konstatieren kann in Form einer beträchtlichen Hyperämie des Trigonum vesicae, eine Veränderung, die ich auch zur Erklärung der Wirksamkeit der Methode im Gegensatze zu Cathelin herangezogen habe[1].

Fig. 1.

Natürliche Grösse

2/3 nat. Grösse

Das Instrumentarium, das ich verwende, stellt die Firma Reiner in Wien nach meinen Angaben her; es besteht aus zwei mit Mandrin versehenen Hohlnadeln und einer ganz aus Metall gearbeiteten, 10 g fassenden Spritze; das Ganze ruht auf einem Metallsteg in einem Metalletui, welches in der einfachsten Weise selbst als Sterilisator verwendet werden kann. Die eine Nadel (5 cm lang, $^3/_4$ mm Durchmesser) ist für Kinder, die andere (6 cm lang, $1^1/_4$ mm Durchmesser) für Erwachsene bestimmt; bei beiden beträgt die schräge Fläche 3 mm und muß die Spitze etwas abgeschrägt sein. Um eine dichte Verbindung der Spritze mit der Kanüle zu erreichen, habe ich den Bajonnetverschluß nach Spiegel gewählt: der untere Verschlußdeckel der Spritze trägt einen Haken *a*, dem an der Kanüle ein Schlitz *a'* entspricht; nach dem Aufstecken und einer leichten Drehung der Spritze umgreift dieser Haken einen schraubenförmig ansteigenden Reifen *BB*, wodurch eine dichte Verbindung garantiert ist (s. Fig. 1).

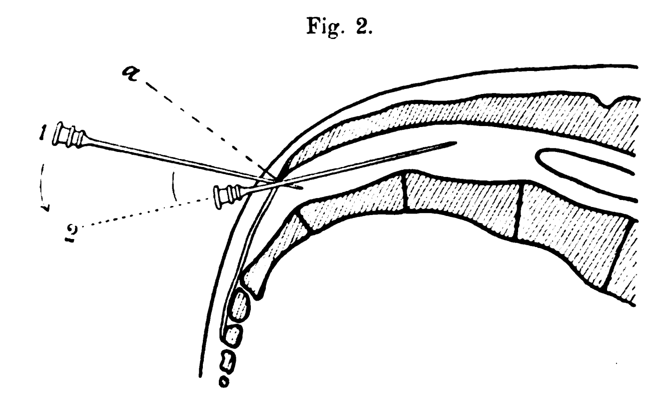
Als Injektionsflüssigkeit verwende ich folgende Komposition: Natrii chlorati 0,2, Cocaini hydrochlorici 0,01, Aquae destillatae sterilisatae 100,0. Davon injiziere ich bei Erwachsenen 10—20 g, bei Kindern 5—15 g, und zwar in erwärmtem Zustand. Ich begnüge mich mit Kapsammer nie mit einer Injektion,

[1] Hirsch, Über epidurale Injektionen. Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVI. Hft. 12.

selbst wenn danach voller Erfolg eintritt, sondern gebe mindestens drei Injektionen mit 2—3tägigem Intervall und setze, wenn das Resultat noch immer kein befriedigendes ist, die Injektionen nach Bedarf auch weiter fort.

Die Technik der Injektion gestaltet sich folgendermaßen: Pat. befindet sich in linker Seitenlage mit an den Leib angezogenen unteren Extremitäten. Um den Hiatus sacralis aufzufinden, folgt man mit dem Zeigefinger der linken Hand den Dornfortsätzen des Kreuzbeines abwärts, wobei der Finger schließlich in eine kleine dreieckige, seitlich von zwei Knochenvorsprüngen begrenzte Vertiefung fällt. Das ist der Hiatus sacralis. Während nun der Finger diesen Punkt markiert, sticht man die Nadel senkrecht auf die Abschlußmembran des Hiatus, d. i. etwa unter 45° zur Körpervertikalen, ein (s. Fig. 2, Pos. 1); das Gefühl, die Membran perforiert zu haben, ist sehr deutlich; der weniger Geübte schiebe die Nadel in dieser Richtung noch weiter vor, bis ihre Spitze die vordere Sakralwand berührt; jetzt befindet sich die Spitze der Nadel im Kanal; um sie nun in demselben aufwärts schieben zu können, muß man ihre Richtung derart ändern, daß sie jener des Sakralkanales entspricht, was man durch Senkung der Nadel erreicht (Fig. 2, Pos. 2). Nun schiebt man in dieser zweiten Richtung die Nadel langsam und genau median bis zum Pavillon vor. Jetzt wird der Mandrin entfernt, die gefüllte Spritze angesetzt, der Bajonettverschluß gesperrt und die Flüssigkeit langsam eingespritzt, die letzten Tropfen im Zurückziehen. Sodann wird Spritze samt Nadel mit einem Ruck entfernt und die Stichstelle versorgt.

Fig. 2.



Die Injektionen können ambulatorisch ausgeführt werden. — Abreiben des Operationsterrains mit Äther, sterile Instrumente, sterile Flüssigkeit, saubere Hände garantieren für die Asepsis des kleinen Eingriffes. Da derselbe nur wenig schmerzhaft ist, kann man eines jeden Anästhetikums entraten.

Zum Schluß möchte ich noch einige Schwierigkeiten in der Technik erwähnen und erörtern, wie man dieselben überwinden kann.

1) Aufsuchung des Hiatus sacralis. Wenn dieselbe — bei dicken Leuten — schwierig ist, gibt es noch einen empfehlenswerten Anhaltspunkt: verbindet man jederseits die Spina posterior superior der einen Seite mit dem Tuber ossis ischii der anderen Seite, so entspricht der Kreuzungspunkt dieser beiden Linien dem Hiatus sacralis. Läßt auch dieses Mittel im Stiche, so lege man durch eine Inzision von 2—3 cm Länge in der Kreuz-Steißbeingegend die Abschlußmembram bloß; man kann so die Punktion unter Leitung des Auges ausführen. Diese Inzision erleichtert die Punktion auch dadurch, daß das für das Umlegen der Nadel so hinderliche Festgeklemmtwerden durch die straffe Haut entfällt[2].

[2] Hirsch, Bemerkungen zum Artikel von Hackenbruch usw. Ds. Zentralblatt 1906. Nr. 18.



2) Die richtige Ausführung des Manövers mit der Nadel. Man muß die Nadel nahe der Spitze des Hiatus einstechen (bei *a*, Fig. 2) und diesen Punkt förmlich als Stützpunkt der Nadel bei ihrer Drehung verwenden. Wie weit man die Nadel zu senken hat, ergibt sich aus der Überlegung, daß man bei zu geringer Senkung sogleich an die vordere, bei zu starker Senkung an die hintere Kanalwand anstößt und nicht weiter vordringen kann; den richtigen Grad der Senkung erlernt man durch die Übung.

3) Abtropfen von Blut aus der Nadel durch Anstechen einer der großen epiduralen Venen. In diesem Falle zieht man die Nadel ein wenig zurück und gibt ihr eine etwas andere Richtung, um nicht eine intravenöse Injektion zu machen.

4) Abtropfen von Zerebrospinalflüssigkeit aus der Nadel. Dies ereignet sich dann, wenn ausnahmsweise der Duralsack tiefer herabreicht. In diesem Falle ziehe man die Nadel solange zurück, bis das Abtropfen aufhört, und injiziere erst dann.

5) Der falsche Weg. Bei dicken Leuten kann es vorkommen, daß man die Nadel statt im Sakralkanal im subkutanen oder subfascialen Gewebe vorschiebt; man erkennt diesen falschen Weg daran, daß sich die Nadel in solchen Fällen bei einiger Aufmerksamkeit durch die Haut durchtasten läßt, und beim Einspritzen ein Ödem entsteht.

Von Kontraindikationen der Methode kämen nur die Spina bifida, sacrococcygeale Tumoren und Ossifikation der Abschlußmembran des Hiatus sacralis in Betracht.

Wien, im Mai 1906.

---

28) **N. MacLeod Harris.** Bacillus mortiferus (nov. spec.).

(Journ. of experim. med. 1905. Nr. 4—6.)

Bei einem 44jährigen Manne, der in der Abteilung von Halsted lag, wurden beim Bauchschnitte vielfache Leberabszesse gefunden und teilweise geöffnet zur Entnahme von Kulturen. Tod 4 Tage später. Verf. züchtete aus diesen Leberabszessen einen streng anaëroben Bazillus in Reinkultur, der mit keinem der bisher beschriebenen Bazillen in Übereinstimmung gebracht werden konnte. H. hält es für gerechtfertigt, eine neue pathogene Art aufzustellen mit dem Namen B. mortiferus. Für nähere Einzelheiten aus der Biologie dieses Bazillus muß auf die Urschrift verwiesen werden. **Weber** (Dresden).

29) **H. Küster.** Chronische Sepsis, geheilt durch Streptokokkenserum.

(Med. Klinik 1906. Nr. 11.)

Ein infolge eines Karbunkels an chronischer Sepsis Erkrankter, bei dem sich bereits hohes Fieber, Eßlustmangel, Schlaflosigkeit, Mattigkeit, hohe Pulszahl eingestellte, war wenige Stunden nach Einspritzung von 2 ccm Menzerserum wie umgewandelt. Alle Krankheitserscheinungen gingen kritisch zurück und kehrten unter 2tägig wiederholten Einspritzungen nicht wieder. Im ganzen wurden 28 ccm verbraucht. Der Kranke wurde arbeitsfähig und nahm um 25% an Gewicht zu.

Georg Schmidt (Berlin).

30) **Pinatelle, Rivière et Leclerc.** Cinq observations de tétanos céphalique.

(Province méd. 1906. Nr. 2.)

Es werden fünf Fälle von Kopftetanus eingehend geschildert, welche alle durch Kopfverletzungen verursacht waren. Darunter hatten drei Pat. Facialislähmung, und zwar zwei auf der der Verletzung gegenüberliegenden Seite. Einmal bestand auf der letztgenannten Seite herabgesetzte Sensibilität. Ein Pat. hatte Ophthalmoplegie. Dieser starb; die anderen genasen, und zwar in einem Zeitraume von 1 bis zu 3 Monaten. **A. Hofmann** (Karlsruhe).

31) **E. Ross.** Some notes on »Kopftetanus« with an account of two cases.

(Edinb. med. journ. 1906. März.)

Mit dem Namen »Kopftetanus« werden in der Literatur vielfach diejenigen Fälle bezeichnet, bei denen die ersten Erscheinungen des Tetanus am Kopf auftreten, während eigentlich nur solche Krankheitsfälle dazu zu rechnen sind, die den Ausgangspunkt der Infektion vom Kopf aus nachweisen lassen. In der Literatur konnte Verf. 104 Fälle von Kopftetanus ersterer Art ausfindig machen, während 23 Fälle von Tetanus sich im Anschluß an eine Kopfverletzung entwickelt hatten, wobei hauptsächlich die Schluck- und Respirationsmuskulatur befallen war. Im Anschluß daran publiziert Verf. zwei selbst beobachtete Fälle. Bei einem 31jährigen Arbeiter entwickelte sich im Anschluß an eine leichte Abschürfung der Stirnhaut über dem linken Auge infolge Sturzes auf die Erde das Leiden mit linksseitigen Facialiszuckungen und späterer Facialislähmung, denen sich nachher Trismus und Opisthotonus zugesellten. Sehr langsamer Verlauf. Tod erst nach 3 Wochen. Fall 2 handelt von einer Dame, welche aus ihrem Wagen auf die Landstraße geschleudert war und sich eine kleine Lappenwunde in der rechten Schläfengegend zugezogen hatte. Trotz baldiger Reinigung der Wunde traten 2 Tage später die ersten Erscheinungen des Tetanus (Trismus) auf, welcher Erkrankung Pat. 6 Tage später erlag. In beiden Fällen hatten die Antitoxininjektionen (Tizzoni) nichts genützt. **Jenckel** (Göttingen).

32) **P. Bermbach.** Zur Serumdiagnose des Karzinoms.

(Med. Klinik 1906. Nr. 12.)

Einem Kaninchen wurde Blutserum von Krebskranken eingespritzt. Das Kaninchen-Immunserum wurde dann Präzipitierungsversuchen durch Serum von krebskranken und nicht krebskranken Menschen unterworfen. Doch trat kein spezifischer Ausschlag ein. **Georg Schmidt** (Berlin).

33) **S. Olbert.** Rezidive eines Melanosarkoms nach 24 Jahren.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 11.)

Dem jetzt 55jährigen Kranken wurde Ende 1881 das linke Auge wegen Choroidealsarkom entfernt. Im September 1905 bekam der bis dahin vollkommen gesunde Pat. ziemlich plötzlich schwere Erscheinungen von Myelitis. Es wurde der Vermutung Ausdruck gegeben, daß es sich bei dem Kranken, trotz ungewöhnlich langer Latenzzeit, um Kompression des Rückenmarkes infolge rezidivierenden Sarkoms handeln dürfte. Die Sektion ergab Melanommetastasen in den Lungen, im Myokard, in der Leber, in den Hals-, Peribronchial- und Retroperitoneallymphdrüsen und 1. Brustwirbelkörper; Kompression des Rückenmarkes. Ganz besonders zahlreich und groß waren die Geschwulstmetastasen im Herzen; klinisch war außer geringer Vergrößerung der Herzdämpfung nach rechts und unreinem ersten Tone nichts Besonderes nachweisbar gewesen. **Paul Wagner** (Leipzig).

34) **Kablukoff.** Beitrag zur Kasuistik des Echinokokkus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

Verf. veröffentlicht in vorliegender Arbeit die Krankengeschichten einer Reihe von Echinokokkusfällen mit selteneren Lokalisationen, wie an der Brust, im retroperitonealen Raume, im Eierstock, im rektovesikalen Zellgewebe und anderenorts. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

35) **O. Hermes.** Weitere Erfahrungen über Rückenmarksanästhesie mit Stovain und Novokain.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13.)

Erfahrungen an 367 Fällen in Sonnenburg's Abteilung, darunter ein Todesfall bei Stovain-, einer bei Novokainbetäubung. Beides waren Fälle von allgemeiner Sepsis, bei welchen sich an die Einspritzung eine eitrige Hirnhautentzün-

dung anschloß. Abgesehen von dieser Gegenanzeige hat das Verfahren große Vorteile, ermöglicht noch selbst größere chirurgische Eingriffe bei Kranken, denen eine allgemeine Narkose nicht zugemutet werden kann, und hat nur geringe Neben- und Nachwirkungen zur Folge. Kollapserscheinungen treten noch am ehesten auf, wenn psychische Erregung und Zerrungen am Darme, Bauchfell usw. begünstigend wirken. Novokain-Suprarenin wurde in letzter Zeit fast ausschließlich verwandt; unter 162 Fällen versagte es 9mal teilweise und 3mal völlig. Es scheint die motorischen Wurzeln viel weniger zu beeinflussen wie Stovain. Stovain wurde 114mal, Stovain-Adrenalin 91mal benutzt; im ersteren Falle mit 18, im zweiten mit 8 Versagern. — Die Technik der Einspritzung ist eingehend geschildert.

Georg Schmidt (Berlin).

36) **E. v. Bergmann.** Über Schußverletzungen im Frieden.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 1.)

Bericht über 338 in den letzten 10 Jahren in der Klinik behandelte Fälle, von denen auf den Kopf 87, auf die Brust 33, auf Hals und Wirbelsäule 8, auf den Bauch 18 und die Extremitäten 192 kamen. Letztere werden nur ganz kurz angeführt, 3 von ihnen (Fingerverletzung mit Hohlhandphlegmone) endeten tödlich durch Tetanus, eine durch Pyämie (Verjauchung des Ellbogens) und eine Armphlegmone nach Schuß durch Pneumonie.

25mal waren die Knochen des Gesichts und Schädels verletzt, von 29 Schußwunden mit sicherer Hirnverletzung führten 13 zum Tode, nur bei zweien aber wurde die Hirnwunde operativ freigelegt und tamponiert. Von den 16 Hirnschüssen, die geheilt wurden, wurden bei 11, unter diesen 7 mit anfänglichen, früher oder später verschwindenden Lähmungen, wesentliche operative Eingriffe unterlassen. Es wurde der Kopf weithin rasiert, unter Bedeckung der Wunde desinfiziert und fester Verschluß mit Krüllgaze und Binde angelegt; jetzt Röntgenaufnahme unter Markierung der Wunde durch Einstreuen von Jodoform. Steckt das Geschoß im Hirn, so geschieht nichts mehr, als Verbandwechsel bei Durchfeuchtung; steckt es dicht unter der Wunde oder im Knochen (3 Fälle), so Freilegung und Entfernung, auch von Knochensplittern usw. Die Zurückbildung der Lähmungen ist um so sicherer zu erwarten, je ausgedehnter sie waren (Blutextravasate). Bei Reizerscheinungen (Zuckungen, Krämpfe) ist primäre Trepanation ohne weiteres zu machen; ebenso wurde bei fühlbarer Depression an der Eingangsöffnung operiert (2 Fälle).

Von den 33 Brustschüssen waren 18 nicht penetrierend. Von den 15, in denen die Lunge ganz bestimmt mitgetroffen war, endete einer tödlich an Peritonitis infolge Zwerchfelldurchbohrung. Von den 14 geheilten Fällen verliefen 7 trotz blutiger Expektoration und Hämothorax, der in 8, 16, 20, nach Hinzutreten pleuritischer Reibegeräusche und Schmerzen aber erst in 20—32 Tagen resorbiert wurde, so einfach, als ob es sich bloß um Weichteilverletzungen gehandelt hätte. Behandlung: Aseptischer Verschluß und Dauerverbände; 2mal Hautemphysem.

Die Gefahr eines Hämo- und Hämopneumothorax liegt in der Schädigung der nicht verletzten Lunge. 5 der penetrierenden Lungenschüsse wurden durch wiederholte Punktionen geheilt, 2 durch Rippenresektion. Erstere wird stets allein ausgeführt, solange der Erguß steril bleibt.

Von 8 Schußwunden des Halses und der Wirbelsäule endete eine (mit Kehlkopf- und Speiseröhrenverletzung) tödlich durch Blutung aus einem, durch das Geschoß oder durch Mediastinalabszeß herbeigeführten Loche des Truncus anonymus; ein anderer Pat. blieb trotz Laminektomie gelähmt (Geschoß nicht gefunden), bei dreien ging der Schuß durch den geöffneten Mund gegen die Wirbelsäule ohne Rückenmarkssymptome, 2 Fälle mit einem Geschoß in den Lendenwirbeln wurden nicht operiert. 1 Fall (von Lexer beschrieben) zeigte das im Querfortsatze des 1. Brustwirbels eingeheilte Geschoß. Der Knabe hatte Angstgefühle bei dem Versuche, feste Nahrung zu sich zu nehmen, die nach der mühsamen Operation der Geschoßextraktion fortblieben.



Von 18 Bauchschüssen waren 5 penetrierend. Es wird die Zweckmäßigkeit der Tamponade des Pankreas und seiner Umgebung bei Verletzung dieser Drüse betont. Bei zweifelhaften Fällen, welche zur Entscheidung drängen, erweitert v. B. den Schußkanal derartig, daß eine etwaige Öffnung im Bauchfell durch das Auge entdeckt werden kann. Aber auch dann, wenn die Operationswunde ungünstig liegen würde, ebenso bei sicherer Perforation führt er die Laparotomie lieber gleich in der Mittellinie aus. Ein Fall von Magenperforation und eine fünffache Darmperforation sind nach Vernähung der Öffnungen geheilt. Eine Schrotschußverletzung des Pankreas, der Milz und des Netzes aus nächster Nähe führte trotz Tamponade durch Peritonitis und Fettgewebsnekrose zum Tode. Es wird die Wichtigkeit der Operation möglichst bald nach der Verletzung an zwei unglücklich verlaufenen Duellverwundungen demonstriert. Ausführlichere Krankengeschichten der interessanteren Fälle sind der Arbeit eingeflochten. **Goebel** (Breslau).

37) **J. Halter.** Die Schußverletzungen im Frieden. 122 Fälle von Schußverletzungen aus der Berner chirurgischen Klinik 1872—1904.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 169.)

H. veröffentlicht die Krankengeschichten des im Arbeitstitel genannten Materiales, unter Beifügung der von Prof. Kocher in der Klinik gegebenen Besprechungen, was das Interesse bei Durchsicht derselben erhöht. Nach anatomischem Gesichtspunkte sind die Fälle in passende Gruppen verteilt, und findet sich jeder Fallgruppe eine kurze Allgemeinbesprechung angefügt. Naturgemäß gewähren bei einem so großen und in sich ungleichen Material die Einzelfälle kein gleich großes kasuistisches Interesse, und ein gut Teil der Krankengeschichten wird schwerlich Leser finden, doch ein zusammenfassender Blick auf die Gesamtergebnisse der Arbeit bleibt jedenfalls wertvoll.

Als verletzende Waffe figuriert der Revolver 47, Flobert 26, Schrot 22, Vetterligewehr 7mal, sonstige Waffen sämtlich nur vereinzelt 1—5mal. Nach Körpergegenden verteilen sich die Fälle auf: Knochenschüsse der Unterextremität 11, Weichteilschüsse derselben 14, Handschüsse 21, sonstige Schüsse der Oberextremität 20, Bauchschüsse 10, Brustschüsse 19, Hals- und Gesichtsschüsse 13, Schädelschüsse 13. Es starben insgesamt 10 Verletzte = 8,19%. Die 26 Kopfschüsse hatten allein aber 6 Todesfälle; werden diese vom Gesamtmaterial abgezogen, so zeigt letzteres 4,17% Mortalität — die letztere wird daher durch die Schädelschüsse geradezu verdoppelt.

Die Behandlung der Verletzungen ist bei der langen Zeit, auf die sich das gesammelte Material verteilt, und entsprechend den Wandlungen, die die Prinzipien der Wundbehandlung während derselben überall durchgemacht haben, keine ganz gleichmäßige gewesen, ebenso wie die Ortsbestimmung der Geschosse durch Röntgen in den älteren Fällen fehlen mußte. Im ganzen findet sich das Prinzip, welches H. bei Besprechung der Handschüsse hervorhebt, nämlich theoretisch alle Schußwunden als infiziert anzusehen und demgemäß eine »offene« Wundbehandlung zu wählen, ziemlich allgemein durchgeführt. In der weiteren Nachbehandlung gab die Wundinfektion am häufigsten Anlaß zu sekundären Eingriffen, wobei oft zur Extraktion der Geschosse sowie eingedrungener Kleidungsfremdkörper Gelegenheit gegeben war.

Von Einzelheiten ist folgendes bemerkenswert. Bei den 21 Handverletzungen, die meist durch Leichtsinn entstanden, blieb in 57,1% der Fälle eine Verstümmelung zurück, und mußte 2mal die Hand amputiert werden. Von den Bauchschüssen waren 9 perforierend, 1 nicht perforierend. In 4 Fällen ist laparotomiert und dann die Perforation des Magens (1 Fall), bzw. des Darmes (3 Fälle) genäht. Nur der Pat. mit Magennaht ist gestorben, und zwar infolge von Blutung aus der angeschossenen Leber; die 3 Fälle von Darmnaht heilten glatt, einer davon, obwohl die Operation erst am 3. Tage zur Ausführung kam. Diesen Erfahrungen gemäß steht die Kocher'sche Klinik betreffs Behandlung der Bauchschüsse auf durchaus »interventionistischem« Standpunkt. Sehr günstig sind die Resultate der 19 Brustschüsse, von denen nur einer tödlich endete, obwohl Pleura- und Lungenverletzung

15mal vorlag. Es hat sich hier gezeigt, daß bei Meidung jeder aktiven Behandlung die Krankheitsbeschwerden rasch schwinden, Ergüsse sich zurückbilden. Stationär bleibende oder Druckerscheinungen machende Ergüsse aber sind durch Punktion zu entleeren; ist der Erguß infiziert oder liegt ein Rippenbruch vor, so ist Rippenresektion erforderlich. Im Berichtsmaterial ist die letzte Operation wegen Pyohämothorax 2mal mit Erfolg gemacht, in einem 3. Falle wurde der Tod an Sepsis durch sie nicht abgewendet. Der geheilte Fall 90 hat durch erfolgreiche Abszeßeröffnung in der mitangeschossenen Leber Interesse. — Auf die 13 Gesicht und Hals betreffenden Schüsse kommt nur 1 Todesfall, und zwar infolge von tuberkulösem Pneumothorax. Für Mundschüsse wird neben der Wichtigkeit der Mundsauberhaltung auf die prophylaktische Tracheotomie gegen Glottisödem hingewiesen, die im Berichtsmaterial einmal mit Erfolg zur Ausführung kam. Von den 13 Schädelschüssen waren 2 nicht penetrierend. Exzision des Geschosses nebst Meißelglättung der angeschossenen Schädelstelle führte zu glatter Heilung. Bei den penetrierenden Schüssen (11 mit 6 †) wurde nur zu dem Zweck eingegriffen, die Einschußöffnung zu kontrollieren und besonders den gequetschten Hirnmassen durch Erweiterung der Schädelöffnung und Entfernung leicht erreichbarer Splitter freien Abfluß zu verschaffen. Auf Kugelsuchen in der Tiefe wurde stets verzichtet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) Jottkowitz. Zur Heilung von Pseudarthrosen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 43.)

In zwei Fällen von Pseudarthrosen hat J. durch Einspritzung von 2—4 ccm Jodtinktur zwischen die Bruchenden und in die Umgebung völlige Konsolidation der Fraktur erzielt. Der eine Fall ist um so beweisender, als die Pseudarthrose schon recht lange bestand, und eine Vereinigung mit Silberdraht keinen Effekt gehabt hatte. Verf. zieht die Einspritzung von Jodtinktur dem Verfahren nach Bier als die einfachere Methode vor. **Borchard** (Posen).

39) H. E. D'Arcis. Étude sur les kystes des os longs.

(Arch. internat. de chir. 1906. Vol. II. Fasc. 6.)

Den 31 bereits bekannten und in der Arbeit im Auszuge wiedergegebenen Fällen von Knochencysten reiht d'A. einen neuen Fall dieser seltenen Affektion an. Ein 15jähriger junger Mann erlitt beim Sturz vom Rade einen indirekten Bruch des linken Oberschenkels im Bereich einer Knochengeschwulst, die Pat. erst 14 Tage vorher bemerkt haben wollte. Doch hatten seit dem 5. Lebensjahre intermittierende Schmerzen leichten Grades bestanden. Operation 6 Tage nach dem Unfalle. Man findet in dem an der Bruchstelle aufgetriebenen Knochen eine geräumige, mit sanguinolenter Flüssigkeit gefüllte Höhle, die durch Knochenbälkchen in kleinere, miteinander kommunizierende Kammern verschiedener Größe geteilt ist. Resektion des 22 cm langen erkrankten Teiles der oberen Femurdiaphyse samt Schenkelkopf und Schenkelhals. Einpflanzung eines 19 cm langen Fibulastückes in die Lücke. Drainage, Extensionsverband in starker Abduktion. Heilung in 2 Monaten. 1 Jahr nach der Operation geht Pat. ohne Stock, fährt wieder Rad, hinkt aber stark. Das ursprünglich in der Pfanne liegende freie Ende des überpflanzten Knochens ist in die Fossa iliaca verrenkt und hat hier eine feste Stütze gefunden. Der durch die transplantierte Fibula ersetzte Teil des Femur hat seinen früheren Umfang wieder erlangt, ist aber weniger regelmäßig begrenzt.

Die klinischen Symptome der Knochencysten (Schmerz, Anschwellung, Spontanfraktur, Funktionsstörung) ähneln denen einer bösartigen Geschwulst. Auch mittels der Röntgenographie lassen sich die Geschwulstarten nicht sicher trennen. Pathogenetisch nimmt Verf. an, daß posttraumatische Hämorrhagien mit nachfolgender Umwandlung in Cysten das Wesen der Erkrankung ausmachen. Nur in schweren Fällen ist die Resektion in Verbindung mit einer Knochentransplantation angezeigt. Meist genügt die Aufmeißelung und Auskratzung der Geschwulst. Bei Schonung des Periosts kann der resezierte Knochen seine ursprüngliche Dicke wieder erlangen. **Revenstorf** (Hamburg).

40) **J. S. Fowler.** Note on a case of osteogenesis imperfecta (idiopathie osteopsathyrosis).

(Edinb. med. journ. 1906. Januar.)

Beschreibung eines Falles von Osteogenesis imperfecta bei einem 3jährigen Knaben. Normale Geburt. 4 Tage nach der Geburt wurde bei dem gut entwickelten, keine Zeichen von Rachitis bietenden Kind ein Bruch des linken Oberschenkels festgestellt, ohne daß ein Trauma oder eine sonstige Ursache sich nachweisen ließen. Im Alter von $3^1/_2$ Monaten brach das Kind den linken Oberarm, nach 18 Monaten den linken Oberschenkel, nach 21 Monaten den linken Oberarm, nach 24 Monaten wiederum denselben Knochen. Während des 3. Lebensjahres zog es sich 2mal einen Bruch des rechten Oberarmes zu; demnach hatte das 3 Jahre alte Kind sieben Frakturen nach und nach an den verschiedenen langen Röhrenknochen davongetragen. Bei den letzten Malen konnte nur eine ganz unbedeutende Verletzung als Ursache nachgewiesen werden. Die Brüche heilten sämtlich in kurzer Zeit.

Verf. kommt zum Schluß, daß 1) Kinder mit Osteogenesis imperfecta lebensfähig sind, 2) die Erkrankung klinisch sich durch Brüchigkeit des Knochensystems und Kraniotabes auszeichnet, 3) Osteogenesis imperfecta und Fragilitas ossium idiopathica zwei Namen für ein und dieselbe Krankheit sind.

Jenckel (Göttingen).

41) **Comisso.** Contributo all' impiombatura delle ossa secondo Mosetig.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 5.)

C. empfiehlt die Mosetig'sche Jodoformplombe unter Mitteilung von vier erfolgreich operierten Fällen: Tuberkulose des Os cuneiforme primum, Tuberkulose der Ulna, der linken Tibiaepiphyse und der Fußwurzel mit Entfernung des Calcaneus und Talus, Auskratzung der benachbarten Knochen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

42) **H. Herrmann und K. Evler.** Federnde Streckapparate zur ambulatorischen Behandlung rachitischer Verkrümmungen der Knochen der unteren Extremitäten und Verkrümmungen der Wirbelsäule.

(Med. Klinik 1906. Nr. 7.)

Bei H.'s Unterschenkelstreckapparat passen am Schuh befestigte Seitenschienen in am Knie angebrachte und mit einer inneren Spiralfeder versehene Hohlschienen. Die stellbare Vorrichtung wirkt teils als Streck-, teils als Gehverband und zwingt doch auch die Beinmuskeln zur Tätigkeit. (Abbildung.) Gewicht mit Schuh 500 g.

Auch E. wandte diese Vorrichtung mit Erfolg an und übertrug den Grundsatz auf Rückgratsverkrümmungen. Sein aus Beckengürtel, Armkrücken, seitlichen Stahlrohren mit Spiralinnenfedern und einem oberen hinteren Querstabe bestehender Wirbelsäulengeradehalter wird in der Glisson'schen Schwebe angelegt, schmiegt sich den Körperformen an, leistet gegen fehlerhafte Haltung Widerstand, unterstützt die Rückenmuskeln, aber schaltet sie nicht aus. Gewicht für Erwachsene mit Polsterung 1000 g.

Georg Schmidt (Berlin).

43) **Tubby.** Recent surgical methods in the treatment of certain forms of paralysis.

(Brit. med. journ. 1906. März 3.)

Der bekannte Orthopäd gibt hier einen Überblick über seine Erfahrungen und die Geschichte der Sehnentransplantation und Nervenanastomose. Ohne Kenntnis von der Lange'schen periostalen Methode der Anheftung führte er diese schon 1901 aus, indem er den Pronator teres um den Radius herumführte zur Verwendung als Supinator. Zu beachten sind folgende Punkte: Sekundäre Verkrümmungen müssen vorher beseitigt sein, sorgfältiger Plan für das operative Vorgehen; antago-

nistisch wirkende Muskeln sind zu vermeiden, gleichwirkende vorzuziehen wegen ihrer anatomischen Nähe und der leichteren Erziehbarkeit zur neuen Tätigkeit; winklige Knickungen sind unstatthaft; Fälle von ausgedehnten Lähmungen sind ungeeignet. Einwandsfreie Asepsis, Sorge für genügende Spannung der Muskeln, Feststellung von Schlottergelenken durch Arthrodese, mindestens 6wöchige Ruhigstellung. Nicht genügende Beachtung aller dieser Punkte erklärt die mannigfachen Mißerfolge. — Die Methode der Zukunft ist die periostale Anheftung Lange's bzw. die Befestigung an einer Gelenkkapsel, einem Knorpel, Band oder in einer Knochenrinne. Die besten Erfolge geben die durch Poliomyelitis ant. acuta entstandenen Lähmungen der Unterschenkelmuskulatur. Bericht über einige erfolgreiche Fälle. Die gelähmten M. gastrocnemius und soleus können durch die Peronei nur sehr unvollständig ersetzt werden, da sie eine etwa elfmal stärkere Wirkung haben. T.'s sechs Fälle dieser Art können zwar den Fuß plantar flektieren, wenn er frei schwebt, aber sich nicht auf die Fußspitzen erheben. Die Überpflanzung des Sartorius oder der Unterschenkelbeuger als Ersatz für den gelähmten Quadriceps bewirkt in den meisten Fällen ein festes Stehen mit durchgedrücktem Knie, in Ausnahmefällen auch freie Streckung von der Unterlage weg. Erwähnung mehrerer Fälle. Die Lähmungen der oberen Extremitäten sind weniger geeignet für erfolgreiche Überpflanzungen. Immerhin gelang es T., in zwei Fällen von Plexuslähmungen nach dem Typus Erb-Duchenne durch Überpflanzung eines Tricepsstreifens in den Biceps die Beugefähigkeit im Ellbogen herzustellen, aber die Versuche, den Deltoideus durch den Pectoralis zu ersetzen, schlugen fehl.

Die Ergebnisse der Eingriffe bei spastischen Lähmungen sind gering, aber in einem seiner Fälle beachtenswert. Bei einer spastisch kontrahierten, unbrauchbaren Hand trennte T. den Flexor carpi radialis und ulnaris, verlängerte ihre Sehnen mit Seide und überpflanzte sie an die Streckseite der Basis des II. und V. Metacarpus; die Sehnen des Flexor sublimis und profundus und des Flexor pollicis longus verlängerte er nach der Z-Methode. Der Erfolg war leidlich: die vorher ganz unbrauchbare Hand benutzte Pat. beim Anziehen und zum Schreiben.

Der Rest der Arbeit ist der Anastomose und Überpflanzung von Nerven gewidmet. Nach kurzer Darstellung der Geschichte der Nervenanastomosierung berichtet Verf. über einen sehr schönen Erfolg durch Überpflanzung des vollständig gelähmten Facialis in den geschlitzten Hypoglossus bei einem 19jährigen Manne, der nach Einschnitt in eine große Eiterung der Parotisgegend eine völlige Facialislähmung behalten hatte. Bereits 1 Woche nach der Einpflanzung war die Besserung ersichtlich. 5 Monate später war die Lähmung fast ganz beseitigt. Von weiteren fünf Fällen von Nerveneinpflanzung waren zwei erfolgreich: in beiden überpflanzte T. bei Hackenfuß infolge Lähmung von Gastrocnemius und Soleus die motorischen Nerven dieser Muskeln in den gemeinsamen Stamm in der Kniekehle.

Weber (Dresden).

44) P. Urbach. Schwielenbildung im M. subscapularis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Ein 12jähriger Knabe aus Rußland bot in der linken Schulter das Bild einer Ankylosis humeri, die durch Narbenzug bedingt schien. Rotation, Abduktion und Adduktion im Schultergelenke sind völlig aufgehoben. Arm stark proniert, so daß das Tuberculum majus nach vorn sieht. In der hinteren Achselfalte ein derber Strang, vom Oberarme nach dem Schulterblatte ziehend. Diesem entlang eine alte, von einer unbekannten Operation herrührende Narbe.

Exzision der alten Narbe (Gersuny). Beim Abziehen des Schulterblattes findet man an Stelle des M. subscapularis ein derbes, beim Einschneiden knirschendes Narbengewebe. Während der fibröse Strang allmählich durchgeschnitten wird, wird der Arm ohne Gewalt etwas eleviert. Hierbei löst sich der Humeruskopf mit einem leisen Ruck vom Schaft ab. Exzision des fibrös degenerierten Muskels.

Mikroskopischer Befund: Hochgradige Atrophie der Muskelfasern mit Wucherung der Kerne, hyaline Degeneration derselben, Durchsetzung der Muskulatur durch Züge von fibrösem Bindegewebe.

Hübener (Liegnitz).

45) **Langenecker.** Ruptured brachial plexus.
(John Hopkins hospital bulletin 1906. März.)

Fünf Fälle von Zerreißung des Plexus brachialis.

Der erste Fall kam 1892 zur Beobachtung; die Zerreißung war eine vollständige; es wurde der Arm abgenommen.

Bei den übrigen vier Fällen wurde konservativ verfahren. Einmal handelte es sich um eine unvollständige Zerreißung mit den Symptomen der Erb'schen Lähmung; Anfrischung und Naht der Nervenstümpfe blieb ganz erfolglos. Bei einem weiteren Falle, wo eine vollständige Zerreißung des Plexus vorlag, wurde durch Anfrischung und Anastomose wesentliche Besserung erzielt. Der vierte Fall war dem dritten ähnlich; auch hier konnte unter Zuhilfenahme einer temporären Durchsägung des Schlüsselbeines wesentliche Besserung erreicht werden; da die Operation erst 2 Jahre her ist und ein Stillstand in der Besserung noch nicht zu bemerken, dürfte das Resultat ein recht gutes werden; Pat. kann den Oberarm bereits aktiv bewegen.

Der fünfte Fall ist erst im letzten Oktober operiert worden. Der ganze linke Arm war total paralytisch, der Vorderarm cyanotisch, die Muskulatur auch des Schultergürtels ganz atrophisch und zeigte Entartungsreaktion. Die Sensibilität war aufgehoben vom 5. Cervical- bis zum 5. Thorakalsegment.

Die Operation ergab, daß die 7. Cervicalwurzel zerrissen, die 8. verletzt war; die 5. und 6. Wurzel waren in ihrer Kontinuität erhalten.

Anfrischung und Naht, sowie energische Nachbehandlung mit Massage und Elektrizität hatten zur Folge, daß Mitte Dezember bereits die Sensibilität bis zum Ellbogen herab sich wieder eingestellt, die Muskeln sich gekräftigt hatten und keine Entartungsreaktion mehr gaben.

Die Zeichen einer zu gleicher Zeit vorhandenen Sympathicuslähmung auf der linken Seite bestanden unverändert fort.

Die Fälle sind von Cushing operiert worden. **W. v. Brunn** (Rostock).

46) **H. A. Haubold.** Nailing the head of the humerus for fracture of the surgical neck, with report of a case.
(New York med. record 1906. Januar 6.)

H. beschreibt die blutige Reposition eines Oberarmbruches mit Hilfe des Langenbeck'schen Schnittes und einer kleinen Hautinzision am Processus acromialis. Durch letzteren wurde mit einem 4zölligen Nagel der Kopf an dem Schafte befestigt. Gipsverband. 4 Wochen später Entfernung des Nagels und völlige Heilung.

Loewenhardt (Breslau).

47) **Murphy.** Fractures of the olecranon treated by subcutaneous exarticular wiring.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1906. Januar 27.)

Bei Abrißfrakturen des Processus cubitalis mit größerer Entfernung der Bruchstücke hat Verf. mit Erfolg die zirkuläre subkutane Naht, die der Naht der Kniescheibe nachgebildet ist, angewandt. Vier ganz kleine Einschnitte verschaffen den Zugang zum Knochen. Die obere Tour der Naht liegt nicht im Knochen, sondern etwas oberhalb im Ansatze der Tricepssehne. **Trapp** (Bückeburg).

48) **M. Haudeck.** Ein Fall von angeborener Kontraktur des Handgelenkes (Manus vara).
(Wiener klin. Wochenschrift 1805. Nr. 43.)
(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 20. Oktober 1905.)

Neben hochgradigen Klumpfüßen fanden sich bei dem $2^1/_2$jährigen Kinde palmarwärts gerichtete Kontrakturen in beiden Handgelenken, vergesellschaftet mit Kontrakturen der Finger. Die aktive Extension der Hand und Finger geschieht nur mühsam, die passive begegnet einem nicht allzugroßen Widerstande. Herabgesetzte

galvanische Erregbarkeit der Extensoren am Vorderarme. Meist sind die angeborenen Kontrakturen des Handgelenkes mit einem Knochendefekt am Vorderarme verbunden. Hier sind an beiden Armen die Knochenverhältnisse normal. Daneben besteht Nystagmus, ständiges Offenhalten des Mundes und leichter Hydrocephalus. Ätiologisch kommt eine zerebrale Diplegie und Schädigung durch intra-uterine Belastung in Frage. **Hübener** (Liegnitz).

49) P. Ewald. Zur Ätiologie und Therapie der Klumphand.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13.)

Ein Säugling, dessen Geburt sich über mehrere Tage hingestreckt hatte, der aber aus gesunder Familie stammte, wies doppelseitige Klumphände, eine mäßige Beugekontraktur in den Ellbogengelenken und eine Neigung zur Abduktion und Innenrotation in den Schultergelenken (Schrumpfung der oberen Kapselwand, des Deltoideus und Supraspinatus) bei unversehrtem Knochengerüst und Fehlen aller Lähmungserscheinungen auf. Eindrücke der Handwurzelknochen an der Beugeseite des Unterarmes u. a. wiesen darauf hin, daß die Arme im Uterus aufwärts geschlagen, die Hände stark gebeugt festgehalten worden waren. 6wöchige Lagerung auf eine die Arme im Schultergelenke nach außen rollende, die Ellbogengelenke rechtwinklig beugende und die Handgelenke nach dem Handrücken und der Speichenseite zu streckende Schiene führte zu völliger Heilung. Abbildungen.

Georg Schmidt (Berlin).

50) G. Bäärnhielm. Beiträge zur operativen Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.

(Hygiea Jahrg. 67. p. 719.)

Mitteilung zweier Fälle, die Verf., den Kocher'schen Prinzipien folgend, in der Weise operiert hat, daß die straffen Bindegewebszüge der Palmaraponeurose vollständig entfernt wurden, und zwar mit Benutzung eines lateral von der Kontraktur gelegenen Schnittes. Nach exakter Blutstillung und nötigen Lateralinzisionen zum Freimachen der Beweglichkeit der Flexorsehne, doch ohne Eröffnung der Sehnenscheide, wurde die Wunde nicht — wie Kocher es tut — genäht, sondern mit Thiersch'schen Lappen bedeckt. Anstandslose Heilung und freie Beweglichkeit des Fingers. **Hansson** (Cimbrishamn).

51) Umber. Zur Behandlung hartnäckiger Ischiasfälle mit perineuraler Infiltration.

(Therapie der Gegenwart 1906. Nr. 4.)

U. hat 14 chronische Ischiasfälle mit perineuraler Injektion behandelt, von denen neun dauernd geheilt blieben. Als Nebenerscheinungen wurden in einem Fall eine Peroneusparese, in anderen Fällen Temperatursteigerungen beobachtet.

Die Infiltration wurde so vorgenommen, daß über der Austrittsstelle des N. ischiadicus am Foramen ischiadicum in der Haut eine Schleich'sche Quaddel gesetzt wurde und dann mit einer Injektionsspritze mit 10 cm langer Nadel unter gleichzeitigem Ausspritzen der Injektionsflüssigkeit in die Tiefe gegangen wurde. Als letztere wurde eine 1‰ige Eukainlösung mit 8‰ NaCl-Zusatz in Mengen von 70—100 ccm verwandt. Ebenso wirksam wie die Eukainlösung erwies sich physiologische Kochsalzlösung. **Silberberg** (Breslau).

52) Hesse. Über eine Beobachtung von bilateraler idiopathischer, juveniler Osteoarthritis deformans des Hüftgelenkes.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XV. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 32jährigen Bauernmädchen begann ohne äußere Ursachen im 10. Lebensjahr ein beiderseitiges Hüftleiden, das eminent chronisch verlief, ohne Fieber, nur auf beide Hüftgelenke beschränkt; in den letzten Jahren kamen schmerzhafte Exazerbationen hinzu. Es kam zu einer pathologischen Stellung beider

Beine mit geringerem Trochanterhochstand und Flexionsstellung, Adduktionsstellung links, schweren Bewegungsstörungen im Sinne aufgehobener Innenrotation und Extension, sowie verminderter Abduktion; starke Krepitation in beiden Gelenken. Das Röntgenbild ergibt beiderseits eine hochgradige Subluxation des Schenkelkopfes nach oben, Abflachung desselben, Verflachung der Pfanne, Knorpelschwund, Ausfüllung des unteren Teiles der Pfanne durch osteochondritische Wucherungen. Unter Ausschluß der anderen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen reiht H. den Fall ein unter die idiopathische Osteoarthritis deformans, und zwar unter die atrophische Form derselben.

Diese Form jugendlicher Osteoarthritis des Hüftgelenkes ist bisher in der Literatur immer abgelehnt worden; nur v. Brunn beschrieb zwei ähnliche Fälle.

Haeckel (Stettin).

53) **G. G. Hamilton.** On the treatment of fractured patella by transverse wiring. (With a synopsis of sixteen cases.)

(Edinburgh med. journ. 1906. März.)

Während Verf. vor 4 Jahren noch gegen die offene Methode der Kniescheibennaht sich aussprach, ist er jetzt ein begeisterter Anhänger dieser Operation geworden und rät entschieden, in allen Fällen, auch dann die Freilegung und Naht der Bruchstücke auszuführen, wenn die Kniescheibe in kleinste Bruchstücke zersprengt ist. An der Hand von 16 Fällen, die sämtlich glatt heilten, werden die Vorteile der Naht auseinander gesetzt.

Die Haut der Kniegegend wird vor der Operation mit einer Mischung grüner Seife (6 Teile), Glyzerin (3 Teile), denen nach Mischung und Aufkochen $^1/_3$ Terpentin zugesetzt wird, gehörig gereinigt; zur Operation bedient sich Verf. der Gummihandschuhe. Der Schnitt entspricht dem von Textor, nach Eröffnung der Bruchstelle und Entfernung des Gerinnsel mittels steriler Tupfer wird die Quernaht mittels Silberdrahtes ausgeführt, werden darüber die präpatellaren fibrösen Schichten durch Seidennähte vereinigt.

Nach 10 Tagen dürfen Pat. aufstehen und langsam aktive Bewegungen des Knies ausführen, was nach weiteren 14 Tagen gewöhnlich bis 90° gelingt.

In 15 Fällen trat feste knöcherne Vereinigung und gute Gebrauchsfähigkeit ein; ein Pat. starb nach völliger Heilung der Wunde an Apoplexie.

Jenckel (Göttingen).

54) **Anzilotti.** Sui tumori primitivi della rotula e sulla resezione di essa.

(Arch. di ortopedia 1905. Nr. 6.)

A. hat in der von ihm durchgesehenen Literatur keinen Fall von primärer Neubildung finden können. Die von ihm beobachtete Geschwulst hatte sich bei einem 10jährigen Knaben mit dem 6. Lebensjahre 4—5 Monate nach einem Fall aufs Knie entwickelt, bewirkte eine erhebliche Beweglichkeitsbeschränkung des Gelenkes, war hart, höckerig, hatte die Kniescheibe etwas nach innen geschoben; es bestand ein Erguß im Gelenke. Die Geschwulst wurde zusammen mit dem äußeren Drittel der Kniescheibe exstirpiert, von dem sie mit einer schmalen Basis ausging, während sie im übrigen dem Knochen kapuzenartig aufsaß. Die Geschwulst bestand aus Knochen und Knorpel in lebhafter Wucherung. Der Knochen in Bildung sowohl aus Knorpel wie aus Bindegewebe. Daneben fand sich eine kleine wahre Exostose auf dem Condylus externus und ein Knötchen der Synovialis von der Struktur eines Sesambeines. Beide wurden als Produkte der chronischen Reizung angesprochen, während die Geschwulst als wahres Osteochondrom, hervorgegangen aus embryonalen Keimen, bezeichnet wird. Es wird die Entstehung an einem Knochen, der keinen Epiphysenknorpel besitzt, hervorgehoben.

Zum Schluß beschäftigt sich Verf. mit der Technik der Exstirpation der Patella. Bei Individuen bis zum 15. Jahre läßt sich dieselbe ausführen, ohne die Kontinuität des sehnigen Apparates wesentlich zu unterbrechen, während bei Er-

wachsenen ein breiter Defekt zwischen Quadriceps und Ligament entsteht. Event. läßt sich letzteres an den Vastus internus und Fascia lata annähen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

55) **Ranzi und v. Auffenberg.** Zur Frage der Tragfähigkeit der Bunge'schen Amputationsstümpfe.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

Verff. berichten über die in der Zeit von 1901—1905 in der I. chirurgischen (v. Eiselsberg'schen) Klinik gemachten Resultate der Bunge'schen Stumpfbehandlung. Sie ziehen hauptsächlich die Unterschenkelamputationen zur Beurteilung heran und verlangen von einem tragfähigen Stumpf im strengsten Sinne nicht nur, daß er auf Druck und Schlag unempfindlich ist, sondern auch, daß der Pat. in der Prothese direkt auf der Amputationsfläche ohne anderweitige Unterstützung auftritt.

Es wurde meist mit vorderem Hautlappen und hinterem Halbzirkelschnitt möglichst tief am Unterschenkel amputiert. Das Knochenmark wurde auf etwa $1/2$ cm mit dem scharfen Löffel entfernt und — abweichend von dem ursprünglichen Bunge'schen Verfahren, bei dem dies nicht geschieht — nachträglich das Periost mit dem Raspatorium auch um etwa $1/2$ cm zurückgeschoben, so daß das unterste Ende des Knochens vom Periost und Knochenmark entblößt ist. Hierdurch soll die vom Periost ausgehende Kalluswucherung vermieden werden.

In fünf Fällen wurden in der Nachbehandlung Massage und Tretübungen auf der Matratze nach Hirsch angewandt. Meist aber wurde getrachtet, die Pat. so früh als die Wunde es erlaubte (3—4 Wochen) mit einer Prothese aufstehen und herumgehen zu lassen.

Wie die Nachuntersuchung resp. schriftliche Mitteilung der Pat. ergab, war in allen Fällen der Stumpf auf Schlag und Druck unempfindlich. Zehn konnten ganz frei oder mit Unterstützung eines Stockes umhergehen, die anderen zwei bedienten sich einer Krücke.

Acht Pat. traten in Gipsstelzen oder Kunstfüßen ohne Tuberstütze unmittelbar auf der Amputationsfläche auf, drei hatten sich entgegen dem Rate Prothesen mit Tuberstützen vom Bandagisten anfertigen lassen; im letzten Falle konnte über Art und Weise der Belastung in der Prothese nichts eruiert werden.

In 18 Fällen von Oberschenkelamputationen wurden 15 tragfähige, 2 tragfähige jedoch schmerzhafte Stümpfe erzielt neben einem unvollkommenen Resultate.

Verff. konnten sich in einer Reihe von Unterschenkel- und Oberschenkelstümpfen am Röntgenbilde von dem Fehlen jeglicher Kallusbildung überzeugen.

Hübener (Liegnitz).

56) **C. Hübscher.** Zur plastischen Achillotomie nach Bayer.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt ein Instrument, welches er seit 10 Jahren im Gebrauche hat. Dasselbe trägt am einen Ende eine kleine Lanze zum Einstich in die Haut, am anderen Ende ein kleines, gedecktes, gerades Tenotom. Die Stichöffnung wird genau mitten auf der Sehne angelegt. Nach Umwenden des Instrumentes wird das Tenotom flach eingeführt, auf die Schneide eingestellt, und unter kleinen sägenden Bewegungen erfolgt in sagittaler Richtung die Halbierung der Sehne nach Bayer. Von einer zweiten Stichöffnung aus wird die andere Hälfte der Sehne durchtrennt, Sobald man sich beim zweiten Schnitte der Mitte nähert, so fühlt die auf die Planta gelegte linke Hand des Operateurs das Nachgeben der Längsfasern. (Fabrikant: Knöbel in Basel.) **J. Riedinger** (Würzburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. **Sonnabend, den 2. Juni.** **1906.**

Inhalt: **S. Kofmann,** Zur Behandlung der paralytischen Hüftgelenksluxation mittels Arthrodese. (Original-Mitteilung.)

1) **Kjew-Petersen,** Die Leukocyten bei der Lungentuberkulose. — 2) **Gross,** Lymphangiektasie. — 3) **Hoffmann,** Myelomatose, Leukämie und Hodgkin'sche Krankheit. — 4) **Köhler,** Transfusion und Infusion. — 5) **Mathieu** und **Laval,** Das neue französische Infanteriegeschoß. — 6) **Tuffier,** Geschoßlokalisation durch Röntgenographie. — 7) **Tilmann,** Schädelschüsse. — 8) **Alessandri,** Tuberkulose des Gehirns und seiner Häute. — 9) **Love,** 10) **Coste,** Otologisches. — 11) **Wachireff,** Rhinophyma. — 12) **Niculescu,** Hautfisteln dentalen Ursprungs. — 13) **Vianney,** Tiefe seitliche Halsabszesse. — 14) **Schanz,** Skoliosenumbiegung. — 15) **Lusena,** Glandulae parathyreoideae. — 16) **Poenaru-Caplescu,** Brust-Bauchwunden. — 17) **Payr,** Plastische Deckung der Hautlücken nach Brustdrüsenexstirpation.

P. Janssen, Exstirpation des Penis mit Resektion des Skrotum. (Original-Mitteilung.)

18) **Potéjenko,** Bericht über die Leistungen des Mukdener Hospitals vom russischen Roten Kreuz. — 19) **Helmholz** und **Cushing,** Rankenneurom. — 20) **Croce,** Hirnverletzung. — 21) **Ranzi,** Porencephalie. — 22) **Huismans,** Hirngeschwülste. — 23) **Lexer,** Neuralgie im 3. Trigeminusaste. — 24) **Sick,** Rhinophyma. — 25) **Porter,** Angeborener Verschluß des Nasenganges. — 26) **Kirchmayr,** Gesichtsmißbildung. — 27) **Lexer,** Ersatz des Septum cutaneum. — 28) **Stieda,** Angeborene Unterlippenfisteln. — 29) **Steensland,** Epithelioma adamantinum. — 30) **Downie,** Sarkom der Mandeln. — 31) **Lenzi,** Zungenkropf. — 32) **Lenzi** und **Pellegrini,** Angeborene Halscyste. — 33) **Zülzer,** Chronisch-ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule. — 34) **Bobbio,** Aneurysma der Carotis int. — 35) **Martini,** Durchtrennung des Vagus. — 36) **Martini,** Angiom des Halses. — 37) **Katholitzky,** Thymustod. — 38) **Fraser,** Myxödem. — 39) **Fullerton,** Syphilis der Luftwege. — 40) **Albrecht,** Kehlkopfexstirpation. — 41) **Kuhn,** Apparat zur Überdrucknarkose. — 42) **Seidel,** Zur Nachbehandlung des Pneumothorax. — 43) **Willems,** Thorakotomie. — 44) **Zimmermann,** Mediastinales Emphysem und Pneumothorax.

v. Oettingen, Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung. II.

Berichtigung.

(Aus der Poliklinik für orthopädische Chirurgie in Odessa.)

Zur Behandlung der paralytischen Hüftgelenksluxation mittels Arthrodese.

Von

Dr. S. Kofmann.

Die immer sich mehrende Erfahrung auf dem Gebiete der Behandlung der Folgen der infantilen Paralyse kam zu der Erkennt-

nis, daß die moderne unzweifelhaft sehr heilbringende Muskel- und Sehnenplastik doch nicht alles Störende zu beseitigen vermag. In einer ganzen Reihe von Fällen müssen wir von dieser wohldurchdachten Operation Abstand nehmen und zu einem dem orthopädischen Geschmacke nicht ganz zusagenden Verfahren greifen; ich meine damit die Arthrodese, die doch in einzelnen Fällen als eine allein, außer Konkurrenz dastehende erscheint. Diese Operation strebt immer die Fixierung an, und zwar die knöcherne Fixierung der aneinander stoßenden Extremitätenteile in bestimmter Position und schließt beim idealen Ausgange der Operation jedwede Verschieblichkeit der Teile, sowohl positive als aktive, aus. Die Arthodese verzichtet dabei vollständig auf die Muskelaktion. Ganz anders steht es bei der Arthrodese des Hüftgelenkes der Paralytiker. Die Pat., bei denen es mittels verschiedener sehr kombinierter und komplizierter Operationen die aktive Beweglichkeit der Extremität in genügendem Maße herzustellen gelang, können ihr Bein doch nicht gebrauchen. Die Extremität hat keinen Halt, sie knickt zusammen im Hüftgelenk. Läßt man die Pat. im liegenden Zustande verschiedene Bewegungen in diesem Gelenk ausführen, so sieht man, daß die Sache gut vonstatten geht; stehen aber können die Pat. nicht; es handelt sich meist um eine dagewesene Paralyse der Beckenmuskulatur, um einen, möchte ich sagen, Tonusverlust derselben; die Muskelkraft reicht aus zur Mobilmachung der Extremität, nicht aber zur Schwereüberwindung und Festhaltung derselben in der Gelenkpfanne. Die ideale Arthrodese schien mir für diese Fälle der Unhaltbarkeit des Hüftgelenkes nicht gut indiziert und zweckentsprechend, bis ich die Methode der Phenarthrodese nach Mencier kennen gelernt habe. Diese letztere, angewendet am Hüftgelenk, ergab gerade das, was dem erschlafften Gelenke fehlte, sie sicherte die Haltbarkeit, ohne die Bewegungen gänzlich zu hemmen. Der Kopf bleibt in der Pfanne stecken, die Knochenverbindung wird nicht knöchern, sondern bindegewebig, die erschlaffte und überdehnte Muskulatur wird mehr kontrakt. Das Verfahren gestaltet sich einfach: Eröffnung des Gelenkes, Abtragung der knorpligen Umkleidung des Femurkopfes, Ausschabung der Pfanne mit partieller Entfernung der Synovialis und des Lig. teres, Austupfung der Gelenkhöhle sowie des Femurkopfes mit Ac. carbonicum liquefact., reichliche Auswaschung der mit Phenol behandelten Gewebe mittels 90—96%igem Alkohol, Abspülung mit physiologischer Lösung und Nahtschluß der Wunde ohne Drainierung, Verband und Feststellung der Extremität in leicht abduzierter und nach außen rotierter Position. In allen von mir bis jetzt operierten Fällen (6) bekamen die Pat. eine 24—48stündige Temperatursteigerung, der bald ein normaler Verlauf folgte. Nach 4 bis 6 Wochen Verbandabnahme. Die Heilung erfolgte in allen Fällen per primam mit einer Verkürzung von 2—3 cm.

Jetzt, nachdem ich (nolens) die Pat. über 1 Jahr außer Beobachtung hatte, kann ich mit Sicherheit die guten Resultate dieser Operation bestätigen und den Fachkollegen empfehlen.

Die Operation ist allen Anforderungen, die an eine fibröse Arthrodese zu stellen sind, in vollkommenem Maße gewachsen.

Odessa, 2. Mai 1906.

---

1) **Kjew-Petersen.** Über die numerischen Verhältnisse der Leukocyten bei der Lungentuberkulose. 217 S. 19 Kurventafeln.

(1. Supplbd. zu den Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose 1906.)

Verf., Privatdozent in Kopenhagen, hat sich einer sehr mühsamen und mit Aufbietung von viel Geduld durchgeführten Arbeit unterzogen, deren Ergebnisse auch für die Chirurgie manches Wertvolle enthalten. Der Inhalt bietet weit mehr, als man dem Titel nach annehmen sollte.

Nach kurzer Besprechung der Geschichte der Leukocytenzählung wird die Technik, deren sich Verf. bedient hat, aufs genaueste auseinander gesetzt. Mittels Lanzettenstiches wird das Blut nach Desinfektion durch Alkohol und Äther aus dem Ohrläppchen oder der Fingerbeere entnommen und mit $^1/_3$%iger Essigsäure unter Zusatz von Methylviolett fixiert. Die Zählung erfolgt mit der Thoma-Zeissschen Kammer; das Gesichtsfeld dient bei 70facher Vergrößerung als Zählungsareal. Der mittlere Fehler dieser Methode wird vom Verf. auf 8% berechnet, ist also verhältnismäßig sehr gering.

Zunächst ist der durchschnittliche Zahlenwert der Leukocyten bei gesunden Menschen von Interesse. Bei Männern beträgt er nach den Monate bis zu 1 Jahr lang täglich ausgeführten Untersuchungen des Verf.s an 5 Personen 4—5000; nur sehr selten fanden sich mehr als 5000, niemals weniger als 3500; bei Frauen dagegen ist ein derartiger Wert gar nicht anzugeben, die Zahlen schwankten hier zwischen 3000 und 24000 bei völlig gleichen Untersuchungsbedingungen; 13 gesunde Frauen wurden wochen- und monatelang täglich beobachtet.

Untersucht man mehrere von demselben Einstiche stammende Blutstropfen unmittelbar nacheinander, so erhält man ein Urteil darüber, ob die Leukocytenzahl im Blut im allgemeinen gleich ist oder nicht, d. h. ob das Blut bezüglich der Leukocytenzahl homogen oder inhomogen ist. Bei gesunden Männern ließen sich bestimmte Regeln hierfür nicht aufstellen, bei gesunden Frauen aber wurde besonders oft eine Inhomogenität gefunden, wenn man, wie Verf. stets vorzugehen pflegte, gleich früh nach dem Erwachen der Versuchsperson die Untersuchung vornahm.

Starke Bewegung kann eine vorübergehende starke Vermehrung der Leukocytenzahl bewirken, frühmorgens vor der Mahlzeit ist diese Ziffer überhaupt in der Regel erhöht.

Ob die Verdauung von Einfluß auf die Steigerung der Leukocytenzahl während des Tages ist, ist dem Verf. zweifelhaft. Zu kli-

nischen Zwecken sollte regelmäßig die Zahl der Leukocyten sofort früh nach dem Erwachen bestimmt werden.

Die Untersuchungen an lungentuberkulösen Pat. betreffen 142 Männer und 171 Frauen.

Irgendein Verhältnis zwischen der Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses und der Leukocytenzahl besteht nicht. Auch ist eine Beziehung der Leukocytenwerte zu der Höhe der Temperatur kaum irgendwie nachzuweisen.

Die Annahme, daß eine Erhöhung der Leukocytenwerte auf eine besonders gute Prognose schließen lasse, besteht nach des Verf.s Untersuchungen nicht zu Recht; es ist vielmehr oft gerade dann die Prognose besonders schlecht. Im allgemeinen scheint die Leukocytenzahl eine um so höhere zu sein, je aktiver der pathologische Prozeß ist; je passiver er mit der Zeit wird, um so mehr sinken die Zahlen.

Verf. empfiehlt ganz besonders, Worte wie »Leukocytose«, »normale« Menge, »heilsame« Leukocytose u. dgl. ganz zu vermeiden, mit denen bestimmte Begriffe sich nicht verbinden lassen.

Man sollte nur bei Untersuchungen auf die Zahlenwerte der Leukocyten stets eine genaue Fehlerberechnung der Methode anstellen und sich nur auf Reihen von Untersuchungen stützen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

2) **H. Gross.** Die Lymphangiektasie und andere Folgen der Lymphstauung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1 u. 2.)

In dieser Fortsetzung seiner Arbeit über die Lymphangiektasie gibt Verf. das klinische Krankheitsbild der Adenolymphokele und dessen Symptomatologie nach französichen und ausländischen Quellen wieder. Der klassische Sitz der Krankheit ist das Scarpa'sche Dreieck. Meist entwickelt sich die Geschwulst symmetrisch auf beiden Seiten. Befallen sind gewöhnlich junge Leute in der Pubertätszeit. Das Entstehen ist ein schmerzloses, das Wachstum langsam. Die Größe der Geschwulst schwankt zwischen der eines Taubeneies und Kindskopfes. Die Oberfläche der Geschwulst ist anfangs glatt, später höckerig bei lappigem Bau des Geschwulstinnern. Der Unterlage sitzt die Geschwulst nur locker auf. Ihre Konsistenz ist weich, lipomartig. Bei körperlicher Anstrengung nimmt sie zu und erweckt das Gefühl der Schwere. Hand in Hand mit der Entwicklung der Drüsengeschwülste geht eine Erweiterung der interglandulären und weiter der abführenden Lymphgefäße der Leistenbeuge. Als Begleiterscheinung treten bald Störungen der Verdauung und der Ernährung auf; die Kranken klagen über Magenbeschwerden, Aufstoßen und Erbrechen. Weitere Komplikationen sind Anfälle von Atemnot.

In dem weiteren Teil seiner Monographie bringt Verf. dann noch eine ausführliche und in ihren zahlreichen Details nicht referierbare Beschreibung der ausländischen Literatur mit eingehender Kritik und am Schluß die Krankengeschichte eines eigens beobachteten Falles,

der die Veranlassung zu den eingehenden Studien des Autors gegeben hat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

3) **R. Hoffmann.** Über Myelomatose, Leukämie und Hodgkin'sche Krankheit.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 1.)

H. stellt die drei in der Überschrift genannten Krankheiten nebeneinander und bezeichnet als Myelomatose das vielfache Auftreten bösartiger Knochenmarksgeschwülste, entstanden durch Hyperplasie eines Zellelementes des Mutterbodens. Die Geschwulst zeigt im Aufbau nicht die Struktur des Mutterbodens. Die Leukämie ist die Krankheit des Blutes, bei welcher neben der Vermehrung farbloser Blutzellen das lymphadenoide Gewebe besonders stark vermehrt ist. Lymphdrüsen und Knochenmark haben den Charakter des Grundgewebes beibehalten. Daher findet bei der Leukämie im Gegensatze zur Myelomatose eine vermehrte Ausfuhr der Zellen, in diesem Falle der Rundzellen, statt. Das krankheitserregende Agens ist wahrscheinlich ähnlich oder gleich dem Lympho- resp. Spleno- und Myelotoxin Flexner's. Je nachdem die ersteren oder das dritte in Wirksamkeit tritt, entsteht eine lymphocytäre oder myelocytäre Leukämie; die Pseudoleukämie von Pinkus mit relativer Lymphocytose und dem histologischen Bilde der Leukämie ist als eine Form der lymphocytären Leukämie anzusehen, bei welcher die Mehrproduktion nur eben den Ausfall an Lymphocyten deckt. Die Hodgkin'sche Krankheit besteht ihrem Wesen nach in einem chronisch verlaufenden irritativen Prozeß im lymphadenoiden Gewebe, welcher die normale Struktur stört. Die Lymphdrüsen sind in einer Weise durch Bindegewebshyperplasie umgestaltet, daß der Ausfuhr der Lymphocyten große Schwierigkeiten entgegen stehen. Das Blutbild ist nicht spezifisch verändert. Die Rundzellen sind vermehrt unter teilweiser Änderung ihres Typus.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

4) **A. Köhler.** Transfusion und Infusion seit 1830 mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwendung im Kriege.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II.)

Eine historisch-kritische Studie. Im 1. Teile schildert der Verf. ausführlich die Entwicklung dieser Lehre von ihren ersten Anfängen bis zur Jetztzeit. Es ist interessant zu verfolgen, wie hier überschwängliche Begeisterung mit völligem Pessimismus wechselt, welche Mittel man ferner planlos und rein empirisch Mensch und Tier eingespritzt, wie zahllose Instrumente man erfunden und Maßregeln vorgeschlagen hat, um die Gefahren der Methode und die Mißerfolge erfolgreich zu bekämpfen. Von allen Vorschlägen bleibt heute nur noch die Infusion der Kochsalzlösung bei Anämie, Infektionen und Intoxikationen übrig, sowie die Infusion von Medikamenten. Hervorzuheben sind hier die Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose

(Zimtsäure), der Sepsis (Collargol) und vor allem die ganze Serumtherapie. — Im 2. Teile ist die Verwendung der Kochsalzinfusion im Felde besprochen. Verf. kommt da zu dem Schluß, daß hier in der Regel nur die subkutane, seltener die intraperitoneale Infusion oder die Eingießungen in den Mastdarm in Betracht kommen. Überall wo Eile nötig ist, wird man die intravenöse Infusion der Lösung vorziehen. Am Schluß des Werkes ist ein sehr ausführliches Verzeichnis aller Literatur über die Transfusion beigegeben.

Coste (Sraßburg i. E.).

---

5) **G. Mathieu** et **E. Laval.** Les déformations de la nouvelle balle française D.

(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 10.)

Verff. haben Versuche mit dem neuerdings eingeführten französischen Militärgeschoß gemacht. Das Geschoß ist 40 mm lang, 14 g schwer und hat die Form einer Spindel, der eine Spitze glatt abgeschnitten ist. Sie besteht aus sehr hartem Messing und hat keinen Mantel. Die Anfangsgeschwindigkeit beträgt 705 m, die Tragweite 4400 m. Das Geschoß durchschlägt 0,95 cm Holz und 7 mm Stahl (auf welche Entfernung ?). Die Deformationen, die es erleidet, sind nach Verff. — dank dem Fehlen eines Mantels — derart, daß sie ihm une reélle supériorité humanitaire gegenüber dem deutschen Geschoß einräumen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

6) **Tuffier.** Localisation et extraction des projectiles par un procédé basé sur la simple radioscopie.

(Presse méd. 1905. Nr. 83.)

Verf. stellt mit Hilfe des Crookes'schen Radioskops den Verlauf des direkten, den Fremdkörper treffenden Strahles fest und markiert dessen Ein- und Austrittsstelle auf der Haut. Dies wiederholt er in einer Ebene, die zu der ersten radioskopischen Aufnahme senkrecht steht. Der Schnittpunkt der Verbindungslinie dieser vier Punkte ist der Sitz des Fremdkörpers. Derselbe wird nun durch folgenden Apparat festgelegt: Ein biegsamer Metallstreifen, welcher kreisförmig gebogen ist und dessen Enden sich fast berühren, ist durch ein Gelenk so beweglich, daß seine Enden sich bald nähern, bald sich voneinander entfernen können, so daß der Kreis bald größer, bald kleiner ist und der Metallstreifen sich exakt an den betreffenden Rumpfteil oder das Glied anlegen läßt. Auf dem Metallband ist mittels Klemmschraube ein Stielträger befestigt, der eine Zeigernadel trägt, die sich durch ein Gelenk nach allen Seiten frei bewegen läßt und durch eine Schraube festgestellt werden kann. Das Metallband wird nun um den betreffenden Körperteil gelegt in derselben Ebene, welche durch die vier markierten Punkte gegeben ist, und diese letzteren werden auf das Metallband übertragen. Nun wird dieses abgenommen und in demselben werden je zwei sich gegenüberliegende

Punkte durch Fäden verbunden. Auf den Kreuzungspunkt der beiden Fäden wird die Nadel gerichtet und in dieser Stellung festgeschraubt. Die Fäden werden entfernt; der Apparat kann sterilisiert und jederzeit wieder in die ursprüngliche Lage auf den betreffenden Körperteil gebracht werden. Die Nadel zeigt dann auf den Fremdkörper. Drei Zeichnungen veranschaulichen das Gesagte und einige Fälle aus der Praxis des Verf.s bestätigen die Brauchbarkeit des Apparates.

Grunert (Dresden).

---

7) **Tilmann.** Zur Frage der Schädelschüsse.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 247.)

Verf. sucht den jetzigen Standpunkt aller strittigen Fragen im Gebiete der Schädelschüsse festzulegen und zu zeigen, daß der prinzipielle Standpunkt des bekannten großen Werkes der Medizinalabteilung durch alle späteren Arbeiten höchstens erweitert und erläutert ist. Die folgenden Leitsätze etwa präzisieren diesen Standpunkt.

Bei gleicher lebender Kraft des Geschosses hängt seine Wirkung in erster Linie von der Masse der in Bewegung gesetzten Teilchen ab. Diese ist wiederum abhängig von der Länge des Weges, den das Geschoß in dem durchschossenen Organ zurücklegt, und dem Querschnitt des Geschosses. Man kann sich im Gehirn den Schußkanal umgeben denken von einer Summe von konzentrischen Zylindermänteln, in welchen dieselben Stoß- und Druckschwingungen herrschen. Sie haben je nach der Energie des Geschosses in einem geringeren oder größeren Radius noch die Kraft, senkrecht zur Geschoßbahn zerstörend zu wirken. Jede Geschoßwirkung geht vom Schußkanal direkt aus und muß unbedingt zu ihm in Beziehung gebracht werden. Alle Erklärungen, die auf die Schädelhöhle als Hohlraum Rücksicht nehmen und an Hydraulik im Sinne der hydraulischen Presse denken, sind hinfällig. Das Geschoß, das die Bewegung der Gewebsmassen, die es hervorruft, fortgesetzt überholt, trifft die unversehrte Außenwand des Schädels und setzt hier dasselbe Loch, das es bei jedem spongiösen Knochen von gleicher Stärke setzen würde. Erst später kommt die Zerstörung durch die, vom Schußkanal radiär ausgehende, Kraftwirkung.

Letzteres wird an den indirekten Frakturen des Orbitaldaches, die man früher als Contrecoupfrakturen beschrieben hat, exemplifiziert. T. wendet sich gegen die Wirksamkeit der sog. Soggwelle, die nach Hildebrandt in der Ausfüllung des hinter dem Geschoß entstehenden Vakuums durch Hirnmasse und nachdrängende Luft entstehen soll. Es wird an die Erfahrungen der letzten Kriege erinnert. Die primäre Trepanation bei Hirnschüssen wird zum Teil verworfen (Tangentialschüsse ausgenommen, vgl. Chirurgenkongreß 1906) und jedenfalls von der ersten Linie ausgeschlossen. Zweimal entfernte Verf. Geschosse aus dem Gehirn, einmal wegen Kopfschmerzen, einmal wegen Hirndruck. Die Lage des Gesshosses wird am sichersten dadurch festgestellt, daß man bei der Röntgenographie den Geschoßschatten durch zwei an

beiden Schädelseiten befestigte Metallplättchen zu decken sucht, auf welche die Strahlen senkrecht gerichtet sind. In dem einen Falle brachte T. das Geschoß durch längere konstante Horizontallage von der Gegend der Zentralfurche zur Senkung nach hinten, so daß es leichter ohne Nebenverletzung entfernt werden konnte.

Goebel (Breslau).

8) **Alessandri.** Surgical intervention in tuberculosis of the meninges and of the brain.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Fleißige statistische Arbeit über das Vorkommen und die Diagnose der tuberkulösen Meningitis und des Solitärtuberkels im Gehirn. Unter 1200 Autopsien waren 57 Fälle von tuberkulöser Meningitis; nur in einem von den 57 Fällen war die Entzündung auf einen kleinen Bezirk beschränkt. Verf. glaubt, daß solche beschränkte tuberkulöse Entzündungen ausheilen können; bei einer infolge rechtsseitiger Krämpfe ausgeführten Trepanation traf er eine derartige begrenzte Erkrankung an. Er tamponierte die Stelle nach Abtragen und Ausschneiden der Stränge und erzielte Heilung. Im übrigen ist er der Ansicht, daß die diffuse tuberkulöse Meningitis nur selten chirurgisch angreifbar ist. Der Solitärtuberkel, welcher seinen Sitz meistens in der Pia oder in der Gehirnsubstanz hat, eignet sich eher zur chirurgischen Intervention. Sobald sein Sitz diagnostiziert, die Gegend angreifbar ist und keine allgemeinen tuberkulösen Erscheinungen vorhanden sind, soll die Exstirpation versucht werden. Die im Großhirn sitzenden Tuberkel geben die beste Prognose; von aus der Literatur gesammelten 22 hatten 19 einen günstigen Ausgang, während von 6 operierten Kleinhirntuberkeln 4 tödlich endigten.

Herhold (Altona).

9) **Kerr Love.** Progress in otology.

(Glasgow med. journ. 1906. April.)

Verf. gibt einen Überblick über das, was über die Behandlung von Ohrenleiden bis 1860 bereits bekannt war und bespricht dann kurz die wesentlichen Fortschritte auf dem Gebiete seit 1860. Am Schluß seiner Ausführungen stellt er einige Leitsätze auf:

1) In allen Fällen von eitriger und nichteitriger Mittelohrerkrankung bei Kindern ist in erster Linie die Rachenhöhle, in zweiter Linie die Nase zu revidieren; bei Erwachsenen pflegt die Nase in der Regel den Ausgangspunkt zu bilden.

2) Bei akuter Mittelohrentzündung ist sofort die Parazentese auszuführen; sollte dies nicht ausreichen, ist der Warzenfortsatz zu eröffnen.

3) In Fällen von chronischer Mittelohreiterung, wo durch nichtoperatives Vorgehen die Eiterung nicht beseitigt werden kann, sollte prinzipiell die Radikaloperation ausgeführt werden; durch Entfernung der Gehörknöchelchen kann man zwar hier und da einen Fall zur

Ausheilung bringen, doch ist der Erfolg des Eingriffes stets zweifelhaft und die Behandlungsdauer eine unverhältnismäßig lange.

Würde man überall nach diesen Regeln verfahren, dann würden nach Ansicht des Verf. die intrakranialen Operationen bei diesen Leiden kaum mehr nötig werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

---

10) **Coste.** De l'influence des bains de mer sur le développement et le reveil des otites moyennes.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1906. Januar.)

Verf. ist der festen Überzeugung, daß nicht allein das Baden im Meerwasser, sondern auch der Aufenthalt an der Meeresküste einen schädlichen Einfluß auf Leute ausübt, welche zu Ohrenleiden neigen, indem einmal alte abgeheilte Mittelohrkatarrhe wieder zur Eiterung kommen oder zweitens bei Leuten, welche an Nasen-Rachenkatarrhen leiden, frische Ohrenleiden auftreten. Statistisch sucht C. die Sache dadurch zu beweisen, daß in der Tat bei den Truppen, welche an der Meeresküste stationiert sind, z. B. in Algier und Tunis, viel häufiger Ohrenleiden angetroffen werden, als bei dem im Innern des Landes stehenden Mannschaften. Besonders erhöht sich der Krankenzugang an Ohrenkranken im Juli und August an der Küste, da in diesen Monaten am meisten gebadet wird. C. glaubt, daß nicht nur das Wasser beim Tauchen usw. schädlich wirkt, sondern daß auch die Seeluft selbst auf den Gehörgang und das Mittelohr bei vorhandener Perforation schädliche Einflüsse durch Reizung hervorruft.

Herhold (Altona).

---

11) **Wachireff.** Über das Rhinophyma.

(Chirurgia 1906. Februar. [Russisch.])

An der Hand einer Reihe von Heilungen durch radikale Abtragung des Rhinophyma behandelt Verf. ausführlich Pathogenese und Therapie der Erkrankung. Er kommt zum Schluß, daß die Unna-sche Methode — die Stromeyer schon 1864 vorschlug —, das Rhinophyma so weit abzutragen, daß nur der Boden der Talgdrüsen in der Wundfläche bleibt, nicht genügt und in vielen Fällen zu Rezidiven Veranlassung gibt. Die radikale Heilung kann nur durch Abtragung aller Schichten, stellenweise bis auf den Knorpel — die Langenbeck schon vor mehr als 50 Jahren geübt hat, Richter — erzielt werden. Die Epithelisierung von den Rändern her geht schnell vor sich, eine verunstaltende Vernarbung sei nicht zu befürchten; im schlimmsten Falle wäre die Transplantation nach Tiersch ein Mittel, das jederzeit ein gutes Resultat gewährleistet. **v. Oettingen** (Berlin).

---

12) **D. D. Niculescu** (Bukarest). Die Hautfisteln dentalen Ursprunges.

(Revista stiintelor med. 1906. Februar.)

Die Fisteln, welche am Halse, Unter- oder Oberkiefer, oft von den Zähnen ganz entfernt auftreten, aber doch ihren Ursprung in

einer Infektion, ausgehend von einem kariösen Zahne, haben, wurden erst seit wenigen Jahrzehnten ihrer wahren Natur nach erkannt. Die anfängliche Behandlung bestand in der Entfernung des verursachenden Zahnes, doch ist dies in gewissen Fällen, namentlich wenn es sich um einen Schneide- oder Eckzahn handelt, sehr mißlich. Empfehlenswerter ist die Extraktion, Reinigung und Wiedereinsetzung des kranken Zahnes, wodurch in vielen Fällen sehr gute Resultate erzielt werden. In anderen Fällen muß eine Trepanierung der Zahnalveole mit Resektion von der Mundhöhle aus, wie dies mit gutem Erfolge von Bardescu und Leonte geübt worden ist, vorgenommen werden. Endlich wäre die von Gaillard angegebene Behandlungsmethode anzuführen, bestehend in Trepanierung des kranken Zahnes, Reinigung des Kanales und Einspritzung von antiseptischen Flüssigkeiten, Kreosot oder Wasserstoffhyperoxyd. In vielen Fällen sind 2—3 Einspritzungen ausreichend, um Heilung der Fistel herbeizuführen. In allen derartigen Fällen ist es von Wichtigkeit, vor Beginn jedweden Eingriffes den kranken Zahn mit Sicherheit herauszufinden, da die Karies desselben nicht immer leicht sichtbar ist, auch in den meisten Fällen keine Schmerzhaftigkeit desselben besteht. Gute Resultate gibt da die Untersuchung mit der elektrischen Lampe, da die kranken Zähne hierbei undurchsichtig erscheinen, außerdem auch kleine Sprünge auf diese Weise am besten in Erscheinung treten.

E. Toff (Braila).

---

13) **C. Viannay.** Les causes de la mort brusque dans les abcès latéro-pharyngiens.

(Province méd. 1906. Nr. 4.)

An der Hand eines Falles sucht Verf. zu beweisen, daß bei den tiefen seitlichen Halsabszessen der Tod durch Rekurrens mit folgendem Glottiskrampf verursacht werden kann.

Er hält es sogar für möglich, daß ein in den Abszeß mit einbezogener Vagus den Herzstillstand herbeizuführen vermöge.

A. Hofmann (Karlsruhe).

---

14) **A. Schanz.** Über die Resultate des Skoliosenredressements.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 13.)

Das Redressement ist für die Skoliose eine ziemlich neue Behandlungsmethode, die bis heute noch nicht die Verbreitung gewonnen hat, die ihr nach Verf.s Überzeugung zukommt. Freilich kann das Redressement allein niemals genügen, um alle Aufgaben einer Skoliosenkur zu erfüllen. Wo wir dasselbe anwenden, bleibt uns neben seiner Anwendung stets noch die Aufgabe, den deformierenden Prozeß zu beseitigen. Das Rezidiv droht noch dem Skoliosenredressement in zweierlei Form, die Verf. als primäres und sekundäres Rezidiv unterscheiden möchte. Das primäre Rezidiv wird erzeugt durch die Neigung des aus dem Redressementverband genommenen Körpers

zum Zurückfedern in die Deformität. Das sekundäre Rezidiv dagegen wird erzeugt durch das Fortbestehen des deformierenden Prozesses, der die redressierte Skoliose erzeugt hat. Es ergibt sich für die Praxis daraus folgendes: Wenn man den Pat. aus dem Redressementsverband genommen hat, so muß er sofort ein gutsitzendes Korsett mit Kopfhalter erhalten, wir müssen ihm ein Gipsbett geben, wir müssen vermeiden, daß er in der ersten Zeit überhaupt sich der Wirkung dieser Apparate entziehe, wir müssen hinzufügen den Gebrauch der stationären Redressementapparate, wir müssen Massage und Gymnastik in ausgiebigster Weise zur Anwendung bringen. Mit diesen Maßnahmen müssen wir in der ersten Zeit außerordentlich rigorios verfahren, wir müssen den Pat. darum unbedingt ein par Monate in klinische Behandlung nehmen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

15) **Lusena** (Genova). Nuove ricerche sull apparecchio tiro-paratiroïdeo.

(Riforma med. 1906. Nr. 8.)

Verf. bespricht die funktionellen Beziehungen der Glandulae parathyreoideae zur Glandula thyreoidea und geht in kritischer Weise kurz auf die einschlägigen Experimente ein. L. selbst operierte an Hunden: Wurden die Glandulae parathyreoideae entfernt, so erlagen die Tiere in kurzer Zeit tetanischen Krämpfen, wurde jedoch die Schilddrüse ebenfalls exstirpiert, so traten die tetanischen Erscheinungen mehr oder weniger zurück; aber die Tiere verfielen einem Zustande der Depression, Somnolenz, Abgeschlagenheit und Abmagerung. Verf. hat nun versucht, durch Eingriffe, welche die Funktion der Schilddrüse unterbrachen oder herabsetzten, jenen parathyreopriven (tödlich-tetanischen) Zustand zu vermeiden, ohne den thyreopriven Symptomenkomplex zu erzeugen. Dies gelang ihm mittels Unterbindung, sogar schon mittels temporärer (mindestens 6 Stunden) währender Abklemmung der Vasa thyreoidea. Verf. spricht die parathyreopriven Symptome als Vergiftungserscheinungen an; für die bezeichneten Wechselbeziehungen zur Thyreoidea vermag er noch keine Erklärung zu geben. **A. Most** (Breslau).

---

16) **C. Poenaru-Caplescu** (Bukarest). Beiträge zum Studium der Chirurgie der thoraco-abdominalen Wunden.

(Revista de chir. 1906. Februar.)

Verf. bespricht zusammenfassend die Geschichte, Symptomatologie und Behandlung der gleichzeitig Brust- und Bauchhöhle treffenden Verwundungen und hebt hervor, daß die Verletzung des Zwerchfells einen wichtigen Teil derselben darstellt, hauptsächlich infolge der später hier entstehenden Hernien. Den 46 in der Literatur gefundenen Fällen fügt P.-C. noch vier selbst beobachtete, meist der Klinik des Prof. Th. Jonnescu entstammende Fälle hinzu. Er gelangt zum

Schluß, daß fast alle exspektativ behandelten Pat. entweder an pleuroperitonealer Infektion, an Blutungen oder an einem eingeklemmten Zwerchfellbruche zugrunde gehen und man gute Erfolge nur von einem ausgiebigen und raschen chirurgischen Eingriff erwarten kann. In den meisten Fällen ist das zweckmäßigste Vorgehen folgendes: Man vergrößert die Brustwunde und untersucht mit dem Finger, um eine Verletzung des Diaphragma festzustellen, macht dann eine laterale oder mediane Laparotomie, um eventuell viszerale Wunden nähen zu können, worauf, nach vorgenommener Blutstillung und Reinigung der Bauchhöhle dieselbe geschlossen wird. Nun werden von einer oder zweien Rippen ein etwa 10 cm langes Stück subperiostal reseziert und die Brusthöhle drainiert.

In allen derartigen Fällen ist es von Wichtigkeit, nicht alarmierende Erscheinungen abzuwarten, um den chirurgischen Eingriff vorzunehmen; der Zustand des Kranken, die Präkordialangst, der Sitz der Verletzung, die Art des gebrauchten Werkzeuges und hauptsächlich die Beschaffenheit des Pulses sind genügende Fingerzeige, um das Vorgehen des Chirurgen zu bestimmen. **E. Toff** (Braila).

---

17) **E. Payr.** Beiträge zur plastischen Deckung der Hautdefekte nach Brustdrüsenexstirpation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 361.)

P. empfiehlt zwei selbst erprobte Modifikationen für Autoplastik nach ausgedehnter Mammaexstirpation.

1) Bei Ablösung der gesunden Mamma und Benutzung derselben zur Deckung ist sie bislang mehr in die Körpermitte auf die Gegend des Brustbeines gesetzt, womit gleichsam eine Zyklopenmamma sehr unkosmetischer Art hergestellt wurde. P. hat statt dessen die gesunde Mamma ganz auf den früheren Platz der exstirpierten hinübergerückt, was er für weniger unschön hält.

2) Ist der Hautdefekt nach der Mammaamputation weniger groß, und besitzt die Frau ein reichliches Fettpolster, so kann man auf folgende Weise eine Pseudohautmamma herstellen. Auf der medialen Seite des Hautdefektes wird ein langer, sichelförmiger Hautlappen mit oberer Basis gebildet, dessen untere Hälfte um die Sagittalachse von unten lateralwärts nach oben herumgedreht und vernäht wird. Man erhält dann eine halbhügelige Haut-Fettworwölbung, die eine Mamma nachahmt und in deren Mitte durch bürzelförmige Hervornähung der Haut selbst eine künstliche Warze herstellbar ist. Bei einer Pat., die 9 Monate nach der Operation wiedergesehen wurde, hatte diese Pseudomamma nebst Mammilla sich in ganz erfreulicher Weise gut erhalten. vier Figuren erläutern die P.'schen Vorschläge.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem Friedrich Wilhelms-Hospital zu Bonn.)

Exstirpation des Penis mit Resektion des Skrotum.

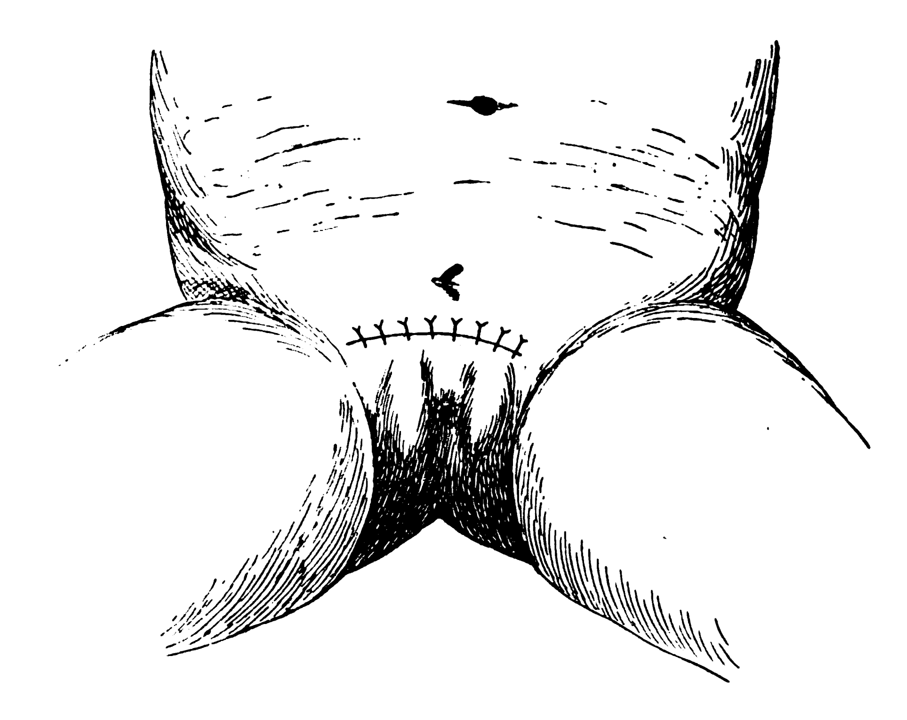
Von

Dr. **Peter Janssen.**

Im Anschluß an eine Mitteilung, die ich in Nr. 20 1905 ds. Bl. machte, über die Methode der Amputation des Penis, wie sie in den Krankenanstalten Witzel's geübt wird, möchte ich in kurzem mitteilen, wie in einem Falle von ausgedehnter Karzinommetastasenbildung in den Corpora cavernosa penis die totale Entfernung des Gliedes durch Witzel ausgeführt wurde, und zwar mit einem funktionellen Erfolge, der ebenfalls als ein vorzüglicher anzusehen ist.

Dem betreffenden Pat. war in der früher beschriebenen Weise wegen Karzinoms der Penis amputiert worden. Etwa 8 Monate später gelangte er mit einem ausgedehnten Rezidiv im Stumpfe wieder zur Aufnahme. Das günstige Allgemeinbefinden des Pat. rechtfertigte folgendes Vorgehen:

In Rückenlage des Kranken wurde durch einen etwa 15 cm langen, nach oben leicht konvexen und dem Schambeinbogen entsprechend verlaufenden Schnitt, und durch einen zweiten Schnitt, der, nach unten leicht konvex, unterhalb der Penis-



wurzel, die Endpunkte der ersten Inzision verbindend, einherzog, das erkrankte Glied umschnitten. Nach Durchtrennung des Lig. suspensorium und unter Herabziehung des Penis gelingt es von oben her unschwer und ohne nennenswerte Blu-

tung, die Ansatzstellen der Corpora cavernosa am Schambeine zu erreichen. Die Vasa pudenda werden umstochen, die Schwellkörper vom Periost des Schambeines abgetrennt. Unter Ablösung vom Corpus cavernosum urethrae wird die Harnröhre einige Zentimeter über die Pars membranacea nach vorn hin freipräpariert, abgetrennt und mit einem Halteschieber fixiert. Von der unteren Schnittwunde aus kann, unter Zurückhalten der in der Wunde sichtbar werdenden Hoden, die Exstirpation des Penis nebst den benachbarten Hautpartien stumpf vollendet werden.

Die schwierigere Aufgabe des Eingriffes bestand darin, im weiteren Verfolge der Operation solche Bedingungen für die Harnentleerung zu schaffen, daß der Kranke die Entleerung vornehmen kann, ohne die benachbarten Körperteile zu beschmutzen und sie den lästigen Ekzemen auszusetzen, von denen die Skrotalhaut so leicht betroffen wird. Zu einer gleichzeitigen Amputation des Skrotum und seines Inhaltes zu greifen, die zur Vermeidung jener Unannehmlichkeit vorgeschlagen wurde, ist — auch bei älteren Leuten — unstatthaft; psychisch wird die Entfernung des Penis viel besser ertragen, wenn der Pat. weiß, daß ihm die Testikel erhalten blieben, und auch somatisch ist die Erhaltung gesunder Hoden zweifellos geboten. Um bei Erhaltung der Hoden das hinderliche Skrotum auszuschalten, wurde eine ausgedehnte Resektion desselben vorgenommen. Die Skrotalhaut wurde straff nach oben angezogen, so daß sie wie ein eng sitzendes Suspensorium wirkte und die Hoden gleich unterhalb des Schambeinbogens beiderseits festhielt und andrückte. Die nach oben hin überstehende Hautpartie des Skrotum — der weitaus größte Teil desselben — wurde reseziert und durch einige Situationsnähte mit dem Hautrande der oberen Inzision zusammengehalten. Durch ein Knopfloch in der Skrotalhaut konnte nun der Stumpf der Urethra ohne Zug hindurchgeführt werden. Es ist zu empfehlen, dieses neue Orificium urethrae nicht nach hinten, in die Dammgegend, zu verlegen, wie dies früher vielfach, um die Kollision mit dem Skrotum zu vermeiden, geschah. Man führe vielmehr die Urethra so durch die hinaufgeschlagene Skrotalhaut hindurch, daß die Mündung — wie bei der weiblichen Urethra — ziemlich dicht unter den Schambeinbogen zu liegen kommt. Hierdurch wird, zugleich unter Vermeidung jeder Spannung, dem Harnröhrenstumpfe die Richtung nach vorn oben gegeben. Die Urethra wird mit zwei para-urethralen versenkten Nähten im Unterhautzellgewebe befestigt, das vorstehende Stück an der Unterhautfläche gespalten und die Schleimhaut mit den Rändern des Knopfloches vernäht. Der untere, durch Kürzung der Skrotalhaut entstandene, wie ein Suspensorium wirkende Hautlappen wird mit dem oberen Schnittrande durch Naht vereinigt, nachdem ein Glasdrain zur Vermeidung eines Hämatoms durch besonderen Hauteinschnitt unter den oberen Lappen eingebracht wurde. Für die ersten 5—6 Tage wird ein zugestöpselter Dauerkatheter in die Blase eingelegt.

Die Verhältnisse, welche durch den Eingriff geschaffen werden, ähneln insofern der Gegend einer weiblichen Urogenitalöffnung, als das Orificium urethrae sich an der gleichen Stelle befindet und zu seinen beiden Seiten eine den Labia majora ähnliche Anschwellung entsteht, welche durch Hervorwölbung der Haut durch die darunter durchaus bequem gelagerten Testikel gebildet wird.

Die hohe Verlegung der Urethramündung hat den Vorzug, daß der Kranke, event. unter Andrücken eines kurzen Rohres (Vaginalspekulum), wie in früherer Zeit urinieren kann, wenn er es nicht doch vorzieht, sich in sitzender Stellung des Urins zu entledigen.

---

18) **Potéjenko.** Kurzer Überblick über die chirurgische Tätigkeit des Mukdener Hospitales vom russischen Roten Kreuz während des russisch-japanischen Krieges.

(Chirurgia Bd. XIX. Nr. 110. [Russisch.])

Schon vor Ausbruch des Krieges hatte die russische Holzhandelsgesellschaft als Betätigung ihrer kulturellen Bestrebungen in Mukden ein Krankenhaus geschaffen, das russischen Kolonisatoren und auch Chinesen zugute kommen sollte.

Im Herbst 1903 wurde es von P. organisiert und eröffnet. Auch der Dsian-dsjun von Mukden (Generalgouverneur) bestritt einen Teil der Kosten.

Bei Beginn des Krieges ging das Hospital in die Verwaltung des Roten Kreuzes über und bekam den Charakter eines Kriegshospitales. In längerer Vorrede schildert P. die Schicksale des Lazarettes bis zur Einnahme von Mukden durch die Japaner am 9. März 1905. Die ungünstige Lage des Lazarettes — im Zentrum der Stadt, 6 km von der Bahn entfernt — bedingte, daß es sehr wechselnd belegt war. Für 50 Pat. eingerichtet, lagen dort zuzeiten 400 Mann; oft war es leer oder diente Ärzten nnd Schwestern als Heim. Nach 16tägiger Gefangenschaft wurde das gesamte Personal aufgefordert, innerhalb 12 Stunden reisefertig zu sein, um dann ungeachtet der Proteste — Ärzte und Schwestern wollten zu der russischen Truppe zurück — am 25. März 1905 über China, das Rote Meer nach Odessa abgefertigt zu werden.

Während 7monatiger Arbeitszeit wurden 616 Verwundete aufgenommen, die 751 Verletzungen hatten. Diese verteilten sich wie folgt:

Schußwunden	700	(97,0%),
Hieb- und Stichwunden	17	(2,4%),
Kontusionen	34	(4,5%).

Die Schußwunden verteilen sich folgendermaßen:

durch Mantelgeschoß			
	Ein- und Ausschuß	599	(85%)
	nur Einschuß	49	(7%)
			92%
durch Schrapnell			
	Ein- und Ausschuß	25	(4%)
	nur Einschuß	6	(1%)
			5%
durch Granatsplitter			
	Ein- und Ausschuß	15	(2%)
	nur Einschuß	6	(1%)
			3%
		700	100%.

Nun folgt eine detaillierte Beschreibung der Verwundungen nach den einzelnen Körpergegenden, aus der die so oft aus diesem Kriege gemeldete Gutartigkeit der Wunden hervorgeht, und zwar erzielte P.:

Bei Mantelgeschoßwunden in 648 Fällen 89% »prima intentio«,
11% Vereiterungen.

(Daß das Mittel der Statistik immer nur mit großer Vorsicht gehandhabt werden darf, lehrt folgende Analyse der 11% Vereiterungen. Ref.)

Es vereiterten von:

Gelenkschüssen	(Durchschüsse)	2	(4%)	von	51,
Weichteilschüssen	»	28	(7%)	»	361,
Frakturschüssen	»	30	(17%)	»	187,
Weichteilschüssen	(nur Einschuß)	8	(24%)	»	33,
Gelenkschüssen	» »	1	(25%)	»	4,
Frakturschüssen	» »	4	(33%)	»	12,
		also 73 Fälle		von	648.

(73 Fälle aber sind 11% von 648! Ich glaube, daß trotz der großen Zahl von Mantelschußwunden die 11% uns kein so richtiges Bild geben, wie die Betrachtung immer einzelner Gruppen. Ref.)

P.'s Zahlen über Schrapnell- und Granatsplitterverwundungen entsprechen genau denen beim Mantelgeschoß, dürften aber für eine maßgebende Statistik etwas zu klein sein.

Verf. stellt zum Schluß folgende Thesen auf:

1) Bei frischen Verwundungen ist der trockene aseptische Verband unumgänglich, seine Einführung auf dem Schlachtfeld ist zu erstreben.

2) Bei jeder entzündlichen Reaktion der Wunde ist es geraten, einen feuchten anti- oder aseptischen Verband mit durchlöchertem Wachspapier zu machen.

3) Die konservative Behandlung der Wunden und anderer Verletzungen gibt die besten Resultate und sollte im Kriege zur Anwendung kommen, wenn der Organismus des Pat. nicht zu sehr geschwächt ist und er nicht an einer spezifischen Ernährungsstörung (Skorbut) leidet (? Ref.).

4) Während der Wundheilung treten am seltensten Komplikationen ein bei den Durchschüssen mit dem Mantelgeschoß, aus weiter Entfernung; dann folgen die Schrapnellverwundungen; die ungünstigsten Verwundungen sind die durch Granatsplitter.

5) Im Sommer verlaufen die Wunden besser als im Winter (wegen des heilsamen Einflusses der Sonnenstrahlen und der leichteren Bekleidung).

6) Exsudate bei serösen Pleuritiden, die keine Neigung zur Resorption zeigen sollen nicht durch Thorakotomie, sondern durch Punktion und Aspiration entfernt werden, wobei der aspirierte Inhalt durch Kochsalzlösung ersetzt wird (? Ref.).

7) Nicht sich vergrößernde oder vereiternde Aneurysmata spuria können bis zur Radikaloperation unbeschadet exspektativ behandelt werden (Druckverband usw.).

8) Bei Splitterbrüchen des Schädels soll nur auf besondere Indikationen hin operiert werden, wie: Druckerscheinungen, Temperaturerhöhung, Eiterung der Schußwunden, freiliegende Splitter in der Wunde usw.; es soll jeder Fall streng individualisiert werden. (Wir sind in bezug auf die primäre Trepanation viel radikaler geworden und wissen uns darin eines Sinnes mit namhaften Chirurgen, die den Krieg mitgemacht haben; Ref.)

9) Bei penetrierenden Schußwunden des Bauches gibt eine streng konservative Methode die besten Resultate: Eis, Morphium subkutan, Enthaltung der Nahrung und Ruhelage auf dem Rücken.

10) Bei konservativer Behandlung verlaufen die penetrierenden Schußwunden der Brust vorzüglich, wenn nicht größere Gefäße des Mediastinum oder das Herz betroffen sind. **v. Oettingen** (Berlin).

19) **Helmholz and Cushing.** v. Recklinghausen's disease.

(Johns Hopkins hospital bulletin 1906. März.)

Fall von großem Rankenneurom der linken Kopfhälfte bei einem 19jährigen Manne, der von Geburt an zahlreiche kleine Geschwülste auf der ganzen Oberfläche des Körpers gehabt hatte und einen sehr beschränkten Eindruck machte.

Die große Geschwulst, die vom linken äußeren Augenwinkel bis über das ganze Hinterhaupt und nach oben etwa bis zur Pfeilnaht sich erstreckte, war im Anschluß an einen Hufschlag entstanden; sie war mit dünnem, kurzem, grauem Haar bedeckt; das Ohr war durch die große Geschwulst weit nach abwärts gedrängt. Exstirpation und Naht führte zur Heilung. Mikroskopisch konnten echte Nervenfibrillen nachgewiesen werden. **W. v. Brunn** (Rostock).

20) **Croce.** Beobachtungen über einen Fall von ausgedehnter Verletzung des rechten und linken Stirnhirns.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 45.)

Zu der interessanten Frage der Funktion des Stirnhirns liefert die oben genannte Mitteilung insofern einen Beitrag, als nach einer sehr ausgedehnten Verletzung beider Stirnlappen durch Hufschlag der 17jährige Pat., trotz der Schwere der Verletzung, ein auffallend heiteres, lustiges Wesen zeigte. Das eigentliche Symptom der Witzelsucht jedoch fehlte ebenso wie der Cynismus. Ferner fiel auf, daß Pat., sobald er ermüdete, auf die weiteren Fragen das zuletzt Gesagte sinnlos wiederholte, um sich nach einer kurzen Ruhepause zu erholen. C. hält dies für einen Mangel an Aufmerksamkeit und Selbstbeherrschung ebenso wie die häufigen Verunreinigungen des Bettes. Pat. starb an Meningitis. Ich glaube nicht, daß wir bei dem jetzigen Stande der Frage über die Funktion des Stirnhirns aus den als Symptome der mangelnden Selbstbeherrschung angeführten Erscheinungen



irgendwie Schlüsse ziehen können, da dieselben zu wenig ausgeprägt sind und sich auch überdies sehr leicht anders erklären lassen. Dagegen ist es in der Krankengeschichte auffallend, aber vom Autor nicht hervorgehoben, daß den Zeiten, in welchen das lustige Wesen sehr ausgeprägt war, erhebliche Verschlimmerungen des Krankheitsbildes (Temperaturanstieg, stärkerer Prolaps) vorher gingen, so daß der Einfluß gewisser Reizerscheinungen nicht von der Hand zu weisen sein dürfte.

Borchard (Posen).

21) **Ranzi.** Traumatische Porencephalie.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 17. November 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 47.)

Der 20jährige Arbeiter hatte vor 14 Jahren eine schwere Kopfverletzung erlitten. 5 Jahre danach Beginn epileptischer Anfälle, die 3 Jahre lang dauerten, dann schwanden und erst vor einem Jahre wieder begannen. Im letzten Halbjahre täglich 3—4 schwere Anfälle mit klonischen Krämpfen, Bewußtlosigkeit und weiten, nicht reagierenden Pupillen. Im rückwärtigen Teile des rechten Scheitelbeines eine kronenstückgroße Knochenlücke, die sich in Form einer Rinne gegen den äußeren Gehörgang zu verschmälerte. Unter Annahme einer traumatischen Epilepsie wurde von v. Eiselsberg die Lücke freigelegt und die sie ausfüllende fibröse Membran gespalten. Dadurch kam man in eine über eigroße, von klarer seröser Flüssigkeit erfüllte Höhle. Nach Austupfen des Inhaltes sah man, daß der Hohlraum direkt in den Seitenventrikel, und zwar in das Unterhorn überging. In der Tiefe war das Ammonshorn und der Plexus chorioideus sichtbar. Tamponade und Drainage. Tod am 6. Tage unter meningitischen Erscheinungen. Bei der Obduktion fand sich keine Spur von Meningitis, dagegen chronischer Hydrocephalus und Verschluß des Foramen Magendie. **Hübener** (Liegnitz).

22) **L. Huismans.** Über Hirntumoren und ihre Behandlung.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13—15.)

14 Fälle als Beitrag zur Klinik der Hirngeschwülste. Bewertung der einzelnen Krankheitszeichen für die Differentialdiagnose. Abbildung einiger Geschwülste. — 6mal wurde operiert (Dreesmann), 1mal mit dem Ausgang in Dauerheilung; doch handelte es sich dabei wohl um eine Meningitis serosa (nach Masern?) mit Hydrocephalus internus. Auch die Palliativoperationen hatten nur mäßige Erfolge.

H. tritt für folgendes Verfahren ein: Zunächst eine höchstens 6 Wochen dauernde antiluetische Kur. Bei ausbleibendem Erfolg und Sitz der Geschwulst im Hirnmantel oder in dessen Nähe Versuch der Radikaloperation. Falls die Geschwulst anderswo sitzt oder örtlich nicht bestimmt werden kann, (Lumbalpunktion oder) Palliativoperation am Orte der Wahl zur Linderung der Schmerzen.

Georg Schmidt (Berlin).

23) **Lexer.** Neuralgie im dritten Aste des Trigeminus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

60jähriger Pat., bei dem im Sommer vorher der Nervus infraalveolaris an der Lingula ausgedreht war. Die Operation, nach der von L. angegebenen Methode der Aufsuchung des Nerven am Foramen ovale, war mit starker Blutung aus den Weichteilen und der den Nerven begleitenden Vene verbunden und mußte deshalb zweizeitig gemacht werden. Bei der zweiten Operation war die Übersicht eine sehr gute. Es ist deshalb stärkere Blutung nicht als eine Kontraindikation gegen die L.'sche Methode anzusehen, da bei zweizeitigem Operieren diese Unannehmlichkeit beseitigt werden kann. **Borchard** (Posen).

24) **C. Sick** (Hamburg). Das Rhinophym und seine operative Behandlung.

(Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten 1906.)

Verf. hat sechs Fälle von Rhinophym, d. h. auf Rosacea beruhender Geschwulst der äußeren Nase (Pfundnase) durch Abtragung der Geschwülste mittels Messer

und nachherige Behandlung mit 50%iger Resorcinpaste usw. z. T. schon seit Jahren geheilt. Die stark verunstaltende und fälschlicherweise vom Publikum oft dem Alkoholgenuß zugeschriebene Geschwulstbildung beruht auf einer starken Wucherung und Erweiterung der Talgdrüsen, die an der Nase, da kein subkutanes Fett vorhanden ist, eben nach oben, statt in die Tiefe wuchern müssen. Bei der Operation ist darauf Acht zu geben, daß der Fundus der Drüsen, von dem aus rasch die Regeneration der Haut ausgeht, in Gestalt weißer Pünktchen makroskopisch sichtbar erhalten bleibt. Die starke Blutung steht unter Kompression mit Jodoformgaze. Mikroskopisch zeigen sich neben erweiterten Talgdrüsen auch erweiterte Gefäße und entzündliche Infiltrationsherde. 11 instruktive Abbildungen erläutern die interessante Mitteilung. **Goebel** (Breslau).

25) **W. G. Porter.** Notes on a case of congenital atresia of the choana.

(Edinb. med. journ. 1906. Februar.)

Das Interessante des Falles liegt darin, daß bei einer 21jährigen Pat. neben einem angeborenen Verschluß des rechten Nasenganges eine vollkommene Asymmetrie der rechten Gesichts- und Körperhälfte nachgewiesen werden konnte. Pat. war als Kind angeblich stets gesund gewesen, bekam jedoch nach dem Berichte des Vaters durch das rechte Nasenloch niemals ordentlich Luft. Trotzdem kein Schnarchen während des Schlafes. Im Alter von 16 Jahren stellten sich die ersten Störungen ein. Das Gehör war völlig normal. Nach Herstellung einer Öffnung durch die knöcherne Nasenscheidewand hindurch verschwanden alle Beschwerden.

Jenckel (Göttingen).

26) **L. Kirchmayr.** Ein Beitrag zu den Gesichtsmißbildungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 71.)

K. beschreibt die Mißbildung eines 4monatigen Mädchens, welches in Büdinger's Abteilung im Wiener allgemeinen Krankenhause behandelt wurde. Es fand sich außer linksseitiger Hasenscharte nebst Gaumenspalte, sowie linksseitigem Kolobom von Iris und Chorioidea ein 2,2 cm langes, rüsselförmiges Gebilde, das, kegelförmig gestaltet, mit einem feinen Stil oberhalb des medialen Augenwinkels am Orbitaldache saß. Am distalen Ende (der Kegelbasis) sitzt ein trichterförmiges Grübchen, das sich in eine feine, schleimgebende Öffnung fortsetzt. Das Rüsselchen enthält einen knorpeligen Zapfen, eine häutige Bedeckung mit gewöhnlichen Härchen, Talg- und Knäueldrüsen, in den tieferen Schichten auch quergestreifte Muskelfasern und Nerven. Das Grübchen im Rüssel zeigt eine zylinderzellige Schleimhaut mit entsprechenden Schleimdrüsen. Erfolgreiche Behandlung mittels Hasenschartennaht und Abtragung des Rüssels.

Die sehr seltene Beobachtung hat in zwei Fällen von Selenkoff und Landow, die referiert und verglichen werden, ziemlich genaue Analoga. Entstehung dieser Anomalien muß auf die frühe Fötalzeit, in der die Formierung des Gesichtes in der Mundbucht mit Nasen-, Oberkiefer- usw. Fortsätzen vor sich geht, datiert werden. Wie sie zu erklären, bleibt dunkel; jedenfalls scheint Landow's Hypothese, diese Rüsselchen entsprächen einfach einem zusammenhanglos hervorgewachsenen seitlichen Nasenfortsatze, dem Verf. nicht annehmbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **E. Lexer.** Der plastische Ersatz des Septum cutaneum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 560.)

L. erprobte an einem 8jährigen Mädchen, dem durch ererbte Syphilis das häutige und teilweise auch das knorpelige Nasenseptum fehlte, folgendes Operationsverfahren. Aus der Schleimhaut der emporgehobenen Oberlippe wird in der Mitte ein spitzbogenförmiger Lappen mit unterer Basis (an der Umschlagsfalte von Zahnfleisch und Lippenschleimhaut) ausgeschnitten, die Schleimhautränder über die Wundfläche zusammengeheftet, so daß nur die Lappenspitze wund bleibt. Durch

die Dicke der Oberlippe über dem Philtrum am Eingang in die Nasenhöhle wird ein Knopfloch eingeschnitten und durch dieses der Lappen ins Gesicht gezogen, um mit seiner Spitze an der wund gemachten Innenseite der Nasenspitze angenäht zu werden. Das durch fünf Abbildungen gut verständlich gemachte Verfahren hat sich bestens bewährt und wird zur Nachprobe empfohlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Stieda.** Die angeborenen Fisteln der Unterlippe und ihre Entstehung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

S. beobachtete einen Fall, bei dem eine Hasenscharte mit zwei Fisteln der Unterlippe kombiniert war. In der Unterlippe fanden sich zwei annähernd sagittal, symmetrisch zur Mittellinie gelegene Kanäle, die vorn im Lippenrot eine Öffnung und hinten dicht unter der Schleimhaut ein blindes Ende aufwiesen. Die eine dieser Fisteln wurde exzidiert, die andere wegen der Gefahr der zu starken Mundverengerung durch zu umfangreichen Defekt der Unterlippe einstweilen unberührt gelassen. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fistel ergab, daß die Mündung und der vordere Abschnitt des Ganges die Beschaffenheit des Pars glabra zeigte, während der hintere Abschnitt den Charakter der Mundschleimhaut besaß. Die wichtigste Frage ist natürlich die, ob eine solche Fistel reichliches Sekret produziert oder nicht, und ob sie den Träger belästigt. Was die Entstehung dieser Fisteln betrifft, so kann sich Verf. der von anderen Autoren gehegten Ansicht, daß es sich um Hemmungsbildungen handelt, nicht anschließen; denn die Voraussetzung, auf welche sich diese Anschauung gründet, daß die Unterlippe und der Unterkiefer aus zwei paarigen Seitenteilen und einem unpaaren Mittelteil entsteht, erscheint ihm nicht richtig. Die Unterlippe bildet sich auf Grundlage eines einheitlichen unpaaren Gebildes, des ersten Schlundbogens oder des Mandibularbogens. Die Unterlippenfisteln entstehen durch exzessives Wachstum, durch Schließung zweier bereits bei Embryonen vorhandener symmetrischer Lippenfurchen, d. h. durch Umbildung von Rinnen zu Kanälen. Die embryonalen Seitenfurchen der Unterlippe verschwinden gewöhnlich, in einzelnen Fällen erhalten sie sich noch während des ganzen Lebens. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

29) **Steensland.** Epithelioma adamantinum.

(Journ. of experim. med. 1905. Nr. 4—6.)

Verf. berichtet über einen eigenen Fall von Epithelioma adamantinum und bespricht im Anschluß daran kritisch die in der deutschen und französischen Literatur niedergelegten 22 Fälle. Er beschreibt sorgfältig den mikroskopischen Befund der Geschwulst, die sich vom Unterkieferwinkel bis zur Mittellinie erstreckte. Die Geschwulst war in $2^1/_4$ Jahren langsam gewachsen bei einer 30jährigen Frau und hatte in der Gegend des ersten unteren linken Praemolaris begonnen. Sie besteht aus einem bindegewebigen Gerüst und Alveolen, die mit epithelialen Zellen ausgekleidet sind. Das Innere dieser Alveolen ist erfüllt mit sternförmigen Zellen, die miteinander in Verbindung stehen und ihren Ursprung im Schmelzorgane haben. Hyaline und körnige Entartung dieser Zellen mit Flüssigkeitsansammlung zwischen ihnen verleihen dem Bild einen myxomatösen Charakter und tragen zur Bildung zahlreicher verschieden großer Cysten bei. Die Geschwülste haben ihren Lieblingssitz am Kieferwinkel und treiben den Knochen auf zu einer dünnen, pergamentartigen Hülle von Pflaumen- bis Fötuskopfgröße. Sie sind verhältnismäßig gutartig und machen keine Metastasen. Es besteht keine Verbindung mit dem Epithel der Schleimhaut. In mehreren Fällen wurden die Cysten infiziert, teils durch operative Eingriffe, teils durch Entzündungen im Bereiche der Zähne. — Literaturverzeichnis von 9 Nummern und 2 vorzügliche Mikrophotogramme vervollständigen die Arbeit. **Weber** (Dresden).

30) **Downie.** Sarcoma (round-celled) of both tonsils: both tumours enucleated along with infected glands from each side of the neck.

(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

Sarkom beider Mandeln bei einem 55 Jahre alten Manne. D. entfernte beide Geschwülste stumpf mit dem Finger vom Munde aus und exstirpierte die sarkomatösen Halslymphknoten in drei Sitzungen. Vorstellung des geheilten Pat. 6 Wochen nach dem letzten Eingriffe. Diagnose durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. **W. v. Brunn** (Rostock).

31) **Lenzi.** Due strume a sede rara. Contributo allo studio del gozzo linguale.

(Sperimentale 1905. Nr. 6.)

Es gibt an der Basis der Zunge Geschwülste, welche gewöhnlich als versprengte Kröpfe aufgefaßt werden. Verf. rechnet die cystischen Geschwülste und die, welche Schilddrüsen- resp. Kropfgewebe zeigen, zusammen. Dieselben seien jedoch häufig, vielleicht in der Mehrzahl der Fälle, nicht als akzessorische Gebilde aus versprengten Keimen anzusehen; vielmehr stellen sie dann die Gesamtheit der Schilddrüse dar, welche an einem Punkte liegen geblieben ist, wo sie während einer früheren Entwicklungszeit sich befand. Daher müssen nach ihrer operativen Entfernung, wenn sie radikal war, Ausfallserscheinungen auftreten.

L. operierte eine Frau, bei welcher neben einer harten, glatten Geschwulst der Submaxillargegend in der Zungenbasis eine eigroße Geschwulst saß und Schluckbeschwerden machte. Beide konnten von außen ausgeschält werden. Am 18. Tage trat eine postoperative Psychose auf, Aufregungszustand, Verfolgungsideen. Es folgte ein stuporöser Zustand, zugleich entwickelte sich typisches Myxödem. Verf. stellt aus der Literatur 22 Fälle von Struma lingualis zusammen; es ergibt sich, daß in 22% der operierten Fälle Myxödem auftrat. Mikroskopisch fand sich in beiden von ihm entfernten Geschwülsten teils Kropfgewebe, teils normales, funktionierendes Schilddrüsengewebe.

Machen diese Geschwülste daher durch ihren Sitz und Größe einen Eingriff notwendig, so muß man die Gefahr des Myxödems stets vor Augen behalten. Der Eingriff geschieht am besten von außen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

32) **Lenzi** und **Pellegrini.** Contributo alla conoszenza delle cisti congenite del collo.

(Sperimentale Vol. LX. Fasc. 1.)

Die ausführliche Arbeit gründet sich auf die Untersuchung von 14 Fällen von angeborenen Halscysten, von denen acht median, sechs lateral saßen. Die Autoren verwerfen alle Einteilungen, welche mehr als zwei große Gruppen annehmen, die branchiogenen Cysten und die aus Resten des Ductus thyreoglossus resp. der Schilddrüsenanlage. Die einzelnen histologischen Bilder sind aber mannigfaltig. Die Cysten der ersten Art sitzen im wesentlichen lateral, die anderen median. Die ersten hängen genetisch besonders mit der zweiten inneren Kiementasche zusammen; sie sind den seitlichen angeborenen Fisteln verwandt. Histologisch sind sie durch drüsige Bildungen und lymphatisches Gewebe in ihrer Wand ausgezeichnet. Auch die branchiogenen Dermoidcysten gehören zu ihnen.

In allen medianen Cysten konnten Verff. noch Schilddrüsengewebe nachweisen; ferner findet sich in deren Wand ein reichliches Gefäßnetz, das Angiomcharakter annehmen kann.

Infolge der Schwierigkeit, eine restlose Exstirpation auszuführen, sind bei beiden Formen Rezidive häufig. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

33) **Zülzer.** Zwei Fälle von chronisch-ankylosierender Entzündung der Wirbelsäule.

(Therapie der Gegenwart 1906. Nr. 4.)

Verf. bespricht die Pathologie und den Symptomkomplex der Pierre Marieschen und Bechterew'schen Erkrankung und schließt daran die Darstellung

zweier einschlägiger Krankengeschichten. Das Gemeinsame beider Fälle lag darin, daß es sich um vorgeschrittenes Alter handelte, daß ferner eine langjährige Beschäftigung in leicht gebückter Stellung vorlag, sowie daß der Hauptsitz der Erkrankung im Cervicalteile lag, daß die Beweglichkeit zwischen einzelnen Halswirbeln frei war und schließlich, daß eine starke Kyphose vorlag. Verschieden waren die Fälle hinsichtlich ihrer Ursache (Trauma, bzw. Gelenkaffektion und Infektionskrankheiten), sowie dadurch, daß in dem einen Falle neuralgische Schmerzen vorlagen, im anderen nicht, und in dem einen Falle die übrigen Gelenke frei, im anderen jedoch mehrfach ergriffen waren. **Silberberg** (Breslau).

34) **Bobbio.** Contributo allo studio degli aneurismi extracranici della carotide interna.

(Policlinico 1906. Ser. chir. Nr. 2.)

Stichwunde der linken Wange, schräg nach innen und unten nach der Parotisgegend hin. Sofortiger Verlust der Stimme, die allmählich wiederkehrt, aber heiser bleibt; großes Hämatom des Halses und Gesichtes, von der Wange bis zur linken Schlüsselbeingrube. Es vermindert sich langsam. Nach einem Monate tritt eine pulsierende Geschwulst in der Submaxillar- und Parotisgegend auf. Lähmung der linken Zungenhälfte und des linken Stimmbandes. Unterbindung der Carotis interna. Die Pulsation hört dauernd auf, völlige Heilung bis auf die Lähmung des linken Recurrens und Hypoglossus. Es wird angenommen, daß der Stich außer Carotis interna Hypoglossus und Vagus getroffen hatte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **Martini.** Contributo clinico e sperimentale alla vagotomia nel collo.

(Policlinico 1905. Ser. chir. Nr. 12; 1906. Nr. 1.)

Zwei von Carle operierte Fälle von bösartigem Kropf, in welchem der Gefäßnervenstrang am Halse reseziert wurde, ohne daß von seiten des Hirns, des Herzens oder der Lunge Komplikationen auftraten, gaben M. Anlaß zu näherer Durchsicht der Literatur. Die Mortalität bei Vagotomie beruht nicht allein auf der Nervenverletzung, sondern auf begleitenden Komplikationen. Einseitige oder doppelseitige Durchschneidung kann überstanden werden, auch wenn zugleich Carotis und Jugularis unterbunden werden. 20 Experimente an Hunden ergaben, daß gleichzeitige doppelseitige Vagusdurchschneidung am Halse tödlich ist infolge direkter Folgen des Eingriffes. Vorwiegend machen sich Störungen der Respiration bemerkbar; in zweiter Linie kommen diejenigen der Zirkulation und Verdauung; diese Störung des funktionellen Gleichgewichtes im vegetativen Leben, und nicht lokalisierte pathologisch-anatomische Alterationen sind die Todesursache.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

36) **Martini.** Angio-fibroma cavernoso fessurale.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1905. Nr. 9 u. 10.)

Ein Mann von 30 Jahren trägt eine faustgroße Geschwulst, welche seit frühester Jugend, wo sie haselnußgroß in dem oberen Halsdreieck hinten gelegen hatte, allmählich herangewachsen war. Sie besitzt keine Beziehung zur Schilddrüse, liegt dem Gefäßstrang auf, ohne eigene Verbindung mit ihm einzugehen, reicht nach oben bis zum Proc. styloides, hat eine Kapsel mit großen Gefäßen, besonders Venen. Die Exstirpation gelingt ohne besondere Schwierigkeit. Auf dem Durchschnitte war kavernöses Gewebe im Zentrum mit flüssigem Blut und reichlichem derben Bindegewebe zwischen den Maschenräumen und zusammenhängend unter der Kapsel; glatte Muskelfasern mehr oder weniger verbreitet im Stroma. Die Bindegewebsentwicklung ist eine sekundäre Erscheinung, die primäre Bildung ein fissurales Angiom. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

37) **Katholitzky** (Brünn). Thymustod.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 10. November 1905.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 46.)

Die 46 Jahr alte Kranke wurde unter 45 Minuten dauernder ruhiger Chloroform-Äthernarkose nach vorheriger Injektion von 0,01 Morphium wegen eines eingeklemmten Schenkelbruches von K. operiert. Am Morgen des 3. Tages post op. begannen Störungen seitens des Herzens aufzutreten, denen Pat. am 4. Tage erlag. Die Obduktion wies eine große viereckige, über 8 cm lange, 6—7 cm breite und in der Mitte 2 cm dicke Thymus nach, die, mit dem Herzbeutel verwachsen, vor den großen Gefäßen auf dem Herzen als »schalenartiger fleischiger Kuchen« lagerte. Mikroskopisch nur Hyperplasie, kein Sarkom nachgewiesen. Sonst normale Verhältnisse. Das Auffallende ist der protrahierte Verlauf der Herzparalyse.

Hübener (Liegnitz).

38) **Fraser.** A case of myxoedema.

(Brit. med. journ. 1906. März 3.)

Ein 42jähriger Arbeiter bot das sehr ausgeprägte Myxödembild dar: breites Gesicht mit totem Ausdruck, gerunzelte Stirnhaut, geschwollene Lippen, große, breite Zunge, Doppelkinn, trockene, dicke, schuppige Haut, plumpen Hals mit geschwulstartigen Massen über jedem Schlüsselbeine; Hände und Füße sind verbreitert, verdickt, spatenartig, Verlangsamung der Herz- und Lungentätigkeit, niedrige Temperatur, sich wiederholende Krämpfe, Schwachsinn. Behandlung mit Schilddrüse brachte in wenigen Wochen schnelle Besserung bis fast zum völligen Schwinden der Symptome. Pat. nahm mehrere Jahre hindurch Schilddrüsen zu sich und hielt sich dabei annähernd in normaler Gesundheit. 14 Tage, nachdem er aus äußeren Gründen nicht mehr in der Lage gewesen war, sich Schilddrüsen oder deren Präparate zu kaufen, kehrten einige der alten Symptome wieder, und in 4 Wochen war das obige Bild des Myxödems wieder da.

Weber (Dresden).

39) **Fullerton.** Remarks on syphilis of the upper respiratory passages.

(Glasgow med. journ. 1906. April.)

Mit Vorliebe kommt es bei Syphilis zu Affektionen der oberen Luftwege, und zwar in den verschiedensten Stadien der Erkrankung; andererseits aber gibt es wenige Gegenden des Körpers, in denen Erkrankungsherde leichter der Aufmerksamkeit des untersuchenden Arztes entgehen können. Gelingt es aber, in derartigen Fällen frühzeitig die rechte Diagnose zu stellen, so kann man die schweren Zerstörungen verhüten, die sonst mit Sicherheit zu erwarten sind.

Deshalb versäume man niemals, die Rhinoscopia posterior auszuführen; syphilitische Herde in der Schleimhaut des Nasopharynx sind so gut wie stets als solche zu erkennen, und gerade von hier aus pflegt bei Vernachlässigung des Leidens die Zerstörung der Nase ihren Ausgang zu nehmen.

Aus seiner Praxis erwähnt F. noch zwei interessante Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um einen Primäraffekt am äußeren Rande des linken Nasenloches; er war leicht mit einem Furunkel zu verwechseln, doch war bei genauer Untersuchung ein Zweifel an der Diagnose nicht mehr möglich. Im zweiten Falle handelte es sich um eine junge kräftige, erst seit 3 Monaten verheiratete Frau, die wegen Verstopfung der linken Nasenhöhle zu F. kam. Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe entfernten Stückchens aus der die Nasenhöhle füllenden Geschwulst lautete auf Sarkom; das bald nachher auftretende Exanthem und der weitere Verlauf machten es zur Gewißheit, daß es sich um eine sehr frühzeitig entstandene gummöse Neubildung handelte.

Therapeutisch empfiehlt F. in allen Fällen Quecksilber, nur bei den tertiären Formen kombiniert mit Jodkali, eine vernünftige Form der Aufklärung über die Natur des Leidens und das allgemeine Verhalten und die bekannten Vorsichtsmaßregeln.

Syphilis des Kehlkopfes erklärt Verf. für ein sehr seltenes Vorkommnis.

W. v. Brunn (Rostock).



40) **P. Albrecht.** Totalexstirpation des Kehlkopfes und Sprechapparat.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. Nr. 51.)

Ein von Hochenegg vor $^1/_2$ Jahr wegen Karzinom mit Kehlkopfexstirpation behandelter Pat. hat sich nach eigenen Versuchen und Angaben einen Apparat, ähnlich der Gottstein'schen Modifikation des Gluck'schen, anfertigen lassen. Auch er benutzt einen metallenen abnehmbaren Ansatz an die Trachealkanüle mit einem Ventile, das sich zur Inspiration öffnet und beim Ausatmen schließt. Die Exspirationsluft strömt durch einen Kautschukschlauch in den Mund. Pat. führt sich den Schlauch am rechten Mundwinkel ein und schiebt ihn hinter dem Weisheitszahn bis vor den weichen Gaumen. Damit ein Anlegen des Gaumensegels an die Öffnung des Schlauches keine Störung der Atmung bedinge, hat A. denselben knapp vor dem Ende mit mehreren seitlichen Löchern versehen. Pat. ist mit diesem Apparate so deutlich zu verstehen, daß er in seinem Beruf als Obergeometer sich durch lange Zeit mit seinem Personal im Freien verständigen kann.

Prof. S. Exner glaubt, daß durch Einschaltung einer kleinen Lippenpfeife (gespannte dünne Gummimembran) an das im Munde gehaltene Schlauchende, die Flüsterstimme zu einer tönenden umgestaltet werden könne.

Hübener (Liegnitz).

41) **F. Kuhn.** Apparat zur Lieferung des Druckes für die Überdrucknarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 63.)

Die Arbeit schließt an die von uns in diesem Blatte 1905 p. 1142 referierten Veröffentlichungen desselben Verf.s an. Sie beschreibt, unter Beifügung von Abbildungen, K.'s neueste Apparate zur Anwendung seiner peroralen Intubationsnarkose unter Überdruck mittels Sauerstoff-Chloroform. Da K. über den Gegenstand auf der vorjährigen Naturforscherversammlung einen Vortrag gehalten und diesen selbst in unserem Blatte 1905 p. 1340 referiert hat, genügt es, hierauf zu verweisen. K. hat mit seinem Apparat in einer großen Anzahl von Versuchen an Tieren und Menschen alles erreicht, was Sauerbruch und Brauer mit ihren Kammern machten, und hofft, alsbald mit einer größeren Kasuistik zu dienen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

42) **Seidel.** Ein Apparat zur Nachbehandlung des offenen Pneumothorax.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Um die Thoraxwunde unter völlig aseptischen Drainageverhältnissen zu erhalten und sie jederzeit revidieren zu können — ein Vorteil dem Perthes'schen Apparat gegenüber —, hat S. einen Apparat konstruiert, welcher die Prinzipien der Sauerbruch'schen Kammer im kleinen und nur für die Pneumothoraxseite verwirklicht.

Der Apparat ist bei Windler in Berlin erhältlich. **Borchard** (Posen).

43) **C. Willems.** De la thoracotomie dans les adhérances pleurales étendues.

(Arch. internat. de chirurgie Vol. II. Fasc. 6.)

Drei Fälle von Thorakotomie, in denen die bestehenden, von Pleuraverwachsungen herrührenden, aber irrtümlicherweise auf ein abgekapseltes Empyem bezogenen Beschwerden nach teilweiser Ablösung der Brustfellverwachsungen und Drainage verschwanden. Auf Grund dieser Beobachtungen hält W. die Rippenresektion auch zwecks Lösung einfacher Pleuraverwachsungen für angezeigt, wenn dieselben Symptome hervorrufen, die dem Bilde der eitrigen Pleuritis ähnlich sind.

Revenstorf (Hamburg).

44) **Zimmermann.** Beiträge zum Entstehungsmechanismus des mediastinalen Emphysems und Pneumothorax. (Umfangreiche Operation am Halse wegen primären Halskrebses; mediastinales Emphysem, doppelseitiger Pneumothorax. Tod.)

(Arch. internat. de chir. 1906. Vol. II. Fasc. 5.)

Der Tod war auf dem Operationstisch unter den Zeichen der primären Atemlähmung erfolgt.

Um den Entstehungsmodus des doppelseitigen Pneumothorax zu erforschen — die Pleuren erwiesen sich als vollkommen unverletzt —, stellt der Verf. nach genauem Studium der in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse Experimente an Hunden an. Dieselben ergaben, daß es möglich ist, durch Einblasen von Luft in den präviszeralen Raum ein Mediastinalemphysem und daran anschließend einen doppelseitigen Pneumothorax zu erzeugen. Auf welche Weise die Luft aus den Bindegewebsspalten des Mediastinums in die Pleurahöhlen dringt, ob durch die Stomata, die Lymphspalten oder durch mikroskopisch kleine Risse und Spalten, ist nicht aufgeklärt.

Das Entstehen des mediastinalen Emphysems, in dem vorliegenden Falle durch Aspiration, wurde noch begünstigt durch einen vorübergehend vorhandenen Verschluß der Luftröhre und forcierte künstliche Atmung. Auch experimentell konnte Verf. auf diese Weise ein mediastinales Emphysem und in einem Falle sogar einen einseitigen Pneumothorax an der Leiche erzeugen.

Verf. gibt schließlich der Meinung Ausdruck, daß ähnliche Vorkommnisse nur dadurch vermieden werden könnten, daß man bei ausgedehnten Operationen am Halse, die eine breite Eröffnung des Präviszeralraumes bedingen, die Operation in Überdrucknarkose ausführe. **Engelmann** (Dortmund).

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde und die Bakterienarretierung. II.

Von

Dr. ***Walter von Oettingen*** *in Berlin.*

Die von mir in Nr. 13 d. Bl. angegebene Mastixlösung für einen ersten Verband auf dem Schlachtfelde hat Herr Oberstabsarzt Herhold in Nr. 18 d. Bl. gelegentlich seiner »Bemerkungen zu meinem Artikel« zu meinem Bedauern in mißverständlicher Weise wiedergegeben. Mein Rezept lautet: Mastix ein gehäufter Eßlöffel, Chloroform drei Eßlöffel, Leinöl 20 Tropfen. Herrn Herhold's Art der Wiedergabe: »20 g Ol. lini« könnte irrtümlich als 20 Gramm aufgefaßt werden.

Einer sachlichen Erwiderung auf die »Bemerkungen« Herrn Herhold's glaube ich enthoben zu sein, da ein aufmerksames Lesen meines Aufsatzes in Nr. 13 d. Bl. ergibt, daß die genannte Methode mit dem von mir als Notverband bezeichneten Verbandpäckchen gar nichts zu tun hat.

Eine Diskussion über den Wert dieser Verbandmethode auf den Verbandplätzen scheint mir zurzeit verfrüht. —

Berichtigung. P. 519 Z. 9 v. u. lies »Michelau« statt Michelare.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. Sonnabend, den 9. Juni. 1906.

Inhalt: E. Tavel, Eine neue Methode der Gastrostomie. (Original-Mitteilung.)

1) **Michaelis,** 2) **Lewin,** Geschwülste bei Tieren. — 3) **Vincent,** Tetanus. — 4) **Levaditi** und **Petresco,** Spirochaete pallida. — 5) **Axhausen,** Osteomalakie im Kindesalter. — 6) **Gelinsky,** Skelettdurchleuchtung bei Pyämie. — 7) **Ferrarini,** Funktion der immobilisierten Muskeln. — 8) **Siegel,** Arteriosklerose in der Chirurgie. — 9) **Marchais,** Massage bei Phlebitis. — 10) **Carrel** und **Guthrie,** Operative Gefäßvereinigungen. — 11) **Colmers,** Röntgenverfahren im Kriege. — 12) **Moses,** Bubonenbehandlung nach Bier'scher Methode. — 13) **Axhausen,** Entwicklung der modernen Wundbehandlung. — 14) **Matas,** Milzbrand. — 15) **Schwarz,** Euguform. — 16) **Dufaux,** Aufbewahrung von Kathetern. — 17) **Barker,** Zur Prostatachirurgie. — 18) **Oppenheim** und **Löw,** Der Blasenverschluß. — 19) **Mandrila,** Desinfektion der Harnwege. — 20) **Albers-Schönberg,** 21) **Reichmann,** Harnleitersteine und Beckenflecke. — 22) **Rothschild,** Funktionelle Nierendiagnostik. — 23) **Luys,** Messung des Umfanges des Nierenbeckens. — 24) **Pariavecchio,** Zur Nierenchirurgie. — 25) **Hallé** und **Motz,** Tuberkulose des Harnapparates. — 26) **Wildbolz,** Nierenspaltung. — 27) **Neuhäuser,** Hypernephrome. — 28) **Colombino,** Hodenentzündung. — 29) **Schickele,** Alexander-Adams-Operation.

Wendel, Zur Technik der Darmvereinigung. (Original-Mitteilung.)

30) Militärsanitätsbericht. — 31) **Drüner,** Stereoskopie in der Röntgentechnik. — 32) **Kuh,** Dystrophia muscularis progressiva. — 33) **Sherren,** Verteilung und Heilung peripherer Nerven. — 34) **Pöppelmann,** Krebs und Wasser. — 35) **Weil,** Hämophilie. — 36) **Herhold,** 37) **Colley,** 38) **Bestelmeyer,** Bier'sche Stauung bei entzündlichen Leiden. — 39) **Gebele** und **Ebermayer,** Behandlung der Gelenktuberkulose. — 40) **Ehrlich,** Phenolkampfer. — 41) **Sonnenburg,** 42) **Adam,** Lumbalanästhesie. — 43) **de Grau,** 44) **Herescu** und **Danielopol,** 45) **Selhorst,** Harnröhrenstrikturen. — 46) **Finsterer,** Harnröhrensteine. — 47) **Fuchs,** 48) **Göbel,** Blasensteine. — 49) **Moynihan,** Blasenektopie. — 50) **De Keersmaecker,** Cystitis tuberculosa. — 51) **Nicolich,** 52) **Bindi,** Eitrige Paranephritis. — 53) **Thumim,** Mündungsanomalien der Harnleiter. — 54) **Martens,** 55) **Patel,** 56) **Pereschiwkin,** 57) **Grégoire,** 58) **Ball,** Zur Nierenchirurgie. — 59) **Schilling,** Hypernephrom. — 60) **Mauclaire,** Operative Synorchidie. — 61) **Lenhartz,** Venenunterbindung gegen Puerperalfieber.

Greiffenhagen, Berichtigung. — **Joseph,** Nachtrag. — **Bayer,** Zur Aufklärung.

Eine neue Methode der Gastrostomie.

Von

E. Tavel,

Professor der Chirurgie in Bern.

Unter den zahlreichen Methoden der Gastrostomie, die zur palliativen Behandlung der Ösophagusstrikturen angewendet werden, sind es sicherlich diejenigen, die auf die Bildung eines mehr oder weniger langen Kanales basieren, die die besten funktionellen Resultate puncto Kontinenz geben.

Alle diese Methoden (Witzel, Marwedel, Kader, Küster II) sehen einen Kanal vor, der aber nicht durch Schleimhaut oder Epidermis belegt ist, und sich natürlich sehr schnell schließt, wenn nicht eine Sonde mehr oder weniger permanent darin liegt. Ferner ist der Kanal immer sehr schmal und läßt nur eine kleinkalibrige Sonde durch, so daß die Ernährung mittels dickem Brei nicht gut möglich ist. Diese Methoden haben ferner mit den anderen, älteren Methoden den großen Nachteil, daß die Magenwand mit der Bauchwand fixiert ist, und diese Fixation ist sicherlich kein Vorteil für die Funktion dieses Organes. Diese Nachteile kann man sehr leicht vermeiden, wenn man den Magen mit der Haut mittels einer ausgeschalteten Darmschlinge, die mit ihrem Mesenterium in Zusammenhang geblieben ist, verbindet. Man bildet auf diese Weise einen neuen Ösophagus mit magenwärts arbeitender Peristaltik.

Diese neue Operation wurde zuerst bei drei Hunden experimentell studiert, und es wird Herr Dr. Janneret darüber in einer später zu erscheinenden Arbeit referieren.

Es sei hier nur angeführt, daß sowohl was Operationsverlauf als Funktion betrifft, bei allen drei Tieren das Resultat ein vorzügliches war. Die eingeführte Nahrung wurde nie durch den Kanal ausgestoßen. Höchstens was im Kanal selbst bei Zurückziehen der Sonde zurückgeblieben war, wurde manchmal in den ersten Minuten nach der Verfütterung wieder ausgestoßen. Später kam kein Tropfen Flüssigkeit wieder heraus. Ich habe sogar einmal den Magen soweit gefüllt, daß der Hund erbrechen mußte, ohne daß dabei etwas durch die Fistel herauskam. Wir wissen übrigens, daß bei der Jejunostomie nach Maydl die eingeführten Speisen auch nicht zurückkommen. Nach diesen günstigen experimentellen Erfahrungen entschloß ich mich, die Operation bei einem Manne auszuführen, der mir in liebenswürdigster Weise von Herrn Dr. Schwarzenbach in Tramelan zur Verfügung gestellt wurde.

T. J. T., 32 Jahre alt, war immer gesund, ist nie Trinker gewesen, aber gibt zu, von Zeit zu Zeit etwas Wein zu trinken. Der Magen war immer gut; der Mann hat keine Syphilis gehabt. Seit einem Monate bemerkt er, daß die festen

Speisen anfänglich schlecht, jetzt gar nicht mehr durchgehen. Jetzt kann er nur Dünnflüssiges schlucken.

Status: Kleiner, magerer und abgemagerter Mann, nicht kachektisch, Herz und Lungen normal, absolut unpassierbare Ösophagusstriktur 30 cm unterhalb der unteren Zahnreihe.

Operation: 23. April 1906. Morphium-Äthernarkose, Inzision 10 cm lang, zwei Drittel oberhalb, ein Drittel unterhalb vom Nabel. Ich wählte eine gut vaskularisierte Darmschlinge mit möglichst langem Mesenterium, in der Nähe des Jejunums, und isolierte ein Stück von 15 cm. Das Analende wird mit einer eigenen Zange bezeichnet. Während man die Kontinuität des resezierten Darmes durch eine Darmnaht wieder herstellt, bleibt die ausgeschaltete Schlinge in einem feuchten Tuch eingewickelt und wird dann durch das gefensterte Mesokolon und das Netz wie bei der Gastroenterostomia retrocolica anterior durchgezogen. Das anale Ende der ausgeschalteten Schlinge wird nun in die vordere Magenwand implantiert und das Stomakalende in der vernähten Bauchwunde fixiert. Heilung ohne weiteren Zwischenfall als eine kleine, kurzdauernde Pneumonie der rechten Basis, die den Pat. nicht hinderte zu finden, daß es ihm »famos gut ging«. Vom 7. Mai an wird er fast ausschließlich durch die Neostomie mit dickem Brei ernährt.

Die Kontinuität ist tadellos. Auch bei Husten und Anstrengungen kommt keine Spur der eingeführten Speisen zurück. Wie bei den Hunden, kommt nur, was im Anfangsteil des Kanales bei Herausziehen der Sonde etwa zurückgeblieben ist, wieder heraus.

Diese Methode hat den einzigen Nachteil, daß sie etwas länger dauert als andere. Ich glaube jedoch, daß sie in den meisten Fällen anwendbar sein wird, hauptsächlich, wenn man die Neostomie nicht in die Operationswunde, sondern in einen extra dazu angelegten Schnitt der Bauchwand verlegt, was ich bei der nächsten Gelegenheit zu tun beabsichtige. Diese aparte Einnähung der Kanalöffnung wird den Vorteil haben, daß man noch einige Minuten gewinnen wird, und daß die Ernährung früher wird angefangen werden können, ohne daß eine Verunreinigung der Naht der Hauptwunde zu befürchten wäre.

---

1) **L. Michaelis.** Über den Krebs der Mäuse. 1. Mitteilung. 2 Taf.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IV. Hft. 1.)

Vorliegende Arbeit ist die erste Mitteilung größerer experimenteller Studien über eine krebsartige Geschwulst bei Mäusen. Histologisch dem Karzinom und Adenokarzinom der Menschen am nächsten stehend, unterscheiden sich diese Mäusegeschwülste klinisch wesentlich vom menschlichen Krebs. Sie zeigen nur sehr geringe Neigung zur Metastasierung, zeigen fast gar kein infiltratives Wachstum und führen im allgemeinen nicht zu Kachexie. Während sie einerseits ausgesprochen zu Rezidivierung bei nicht radikaler Exstirpation neigen, bilden sie sich andererseits oft spontan vollkommen zurück. Die Impfversuche sind nur zum kleinsten Teile positiv. Es gelangen auch Verimpfungen bis zur fünften Generation.

So interessant die Experimente für die Biologie der Geschwülste überhaupt sind, so wenig können vorläufig auf das Karzinom der Menschen Rückschlüsse gezogen werden. **K. Schultze** (Bonn).

---

2) C. Lewin. Über experimentell bei Hunden erzeugte verimpfbare Tumoren nach Übertragung von menschlichem Krebsmaterial. 1 Taf., 3 Fig. im Text.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IV. Hft. 1.)

Verf. benutzte zu seinen Versuchen ein Ovarialkarzinom, das sich im Leben durch seine gewaltige Metastasierungsfähigkeit ausgezeichnet hatte. Der Frau war der hochgradige Ascites punktiert worden, und 5 Tage darauf war eine bereits pflaumengroße Geschwulst (histologisch Karzinom) an der Stichöffnung gewachsen und erreichte innerhalb 4 Wochen Faustgröße. Von der primären Eierstocksgeschwulst brachte Verf. 12—15 Stunden nach dem Tode einige Stücke in die Bauchhöhle eines Hundes, der 3 Wochen vorher schon einmal laparotomiert und damals völlig gesund befunden worden war. 3 Wochen nach der Impfung wurde der Hund getötet. Es fand sich an der inneren Bauchnarbe eine Geschwulst und das gesamte Bauchfell von kleinen bis stecknadelkopfgroßen Knötchen übersät. Die mikroskopische Untersuchung ergab gleichmäßig das Charakteristische entzündlicher Neubildung, kein Karzinom. Es gelang dem Verf. durch Weiterimpfung, dieselbe Geschwulstbildung bei Hunden bis in die fünfte Generation zu erzeugen. Er glaubt, daß mit der Verimpfung des menschlichen Karzinoms auf den ersten Hund ein unbekannter Parasit mitverimpft worden ist, der als Erreger der Hundegeschwülste angesprochen werden muß. Ob dieser unbekannte Parasit vielleicht nur ein zufälliger Begleiter oder etwa der Erreger des menschlichen Karzinoms ist, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Kulturelle Versuche, den Parasit, das unbekannte Virus, darzustellen, waren negativ ebenso wie Färbungsversuche. Filtrate des Geschwulstbreies waren nicht infektiös, nur der Geschwulstbrei selbst.

K. Schultze (Bonn).

---

3) M. Vincent. Contribution à l'étude du tétanos dit médical ou spontané. Influence de la chaleur.

(Bull. de l'acad. de méd. 1906. Januar 2.)

Auf Grund einer Beobachtung am Lebenden glaubte Verf. annehmen zu können, daß eine Überhitzung des Körpers eine Tetanusinfektion fördern könne.

Zur Entscheidung dieser Frage stellte Verf. Tierversuche an. Er injizierte zwei Tieren gleiche Mengen einer von den Toxinen befreiten Sporenkultur und exponierte das eine einem Dampfe von 40—42°. Das exponierte Tier, welches unmittelbar nachher keine Veränderungen zeigte, erkrankte schon nach 2—3 Tagen an Tetanus, das andere blieb völlig gesund. Die Überhitzung war imstande, den Ausbruch der Krankheit bei den infizierten Tieren noch nach 20, 30, ja selbst 60 Tagen hervorzurufen.

Diese Erfahrungen auf den Menschen übertragen, würden es verständlich machen, daß es oft so schwierig ist, die Eingangspforte zu entdecken.

Während sich die Erreger dieser Krankheit gewöhnlich nur an der Infektionsstelle finden lassen, wiesen die überhitzten Tiere dieselben in allen Geweben und im Blut auf. Weitere Versuchsreihen ergaben eine Auflösung eben derjenigen weißen Blutelemente bei einer Überhitzung der Tiere bis 42,5 und 43°, welche hauptsächlich eine phagocytäre Rolle zu spielen haben.

(Der Autor bringt damit in Zusammenhang und erklärt sich dadurch die größere Morbidität an Tetanus in den Tropen [nach Morchead und Waring in Bombay 2,5% der Gesamtmortalität].)

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

4) **Levaditi** et **Petresco.** Passage du spirochaete pallida dans le liquide vésicatoire.

(Presse méd. 1905. Nr. 78.)

Eine Methode, die Spirochaeta pallida Schaudinn in den Hautaffektionen Luetischer nachzuweisen. Verff. legten bei Pat. mit 2 bis $2^1/_2$ Monate alter Lues Emplastrum cantharidum auf Papeln auf und konnten in der Blasenflüssigkeit als auch in dem vom Boden der Blase abgeschabten Detritus die Spirochäte nachweisen. Das Experiment gelingt nur, wenn man das Pflaster auf die luetische Affektion selbst oder deren unmittelbare Nachbarschaft klebt. Kontrollversuche auf gesunden Hautstellen derselben Individuen waren negativ. Ebenfalls negativ war der Erfolg in einem Falle von tertiärer Lues.

Grunert (Dresden).

---

5) **Axhausen.** Zur Frage der Osteomalakie im Kindesalter.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 523.)

Ein Mädchen, in dessen Familie Knochenbrüchigkeit und Knochenerweichung (Mutter und andere Verwandte) eine Rolle gespielt, das aber wohlgebildet war und sich normal entwickelte, zeigte im weiteren Verlaufe der Kindheit ausgesprochene Neigung zu Knochenbrüchen bei geringfügigstem Anlaß. Während zunächst Heilung der Brüche in guter Stellung und mit voller Gebrauchsfähigkeit eintritt, bildet sich später zunehmende Verkrümmung und Gebrauchsunfähigkeit heraus: Erweichung der Extremitäten, Wirbelsäule und Brustkorb, die gegenwärtig — im 12. Lebensjahre — außer in extremen Formveränderungen, (Bild) auch in objektiv nachweisbarer Biegsamkeit der Knochen, namentlich wachsartiger Nachgiebigkeit der Unterschenkel kenntlich ist. Während der ganzen Erkrankung völliges Wohlbefinden, guter Ernährungszustand, nie Epiphysenverdickungen, wohlausgebildetes, zweites Gebiß.

Verf. benutzt diesen Fall, der dem von Kassowitz theoretisch konstruierten Bilde der Osteomalakie im Kindesalter vollauf entspricht, zu einer ausgezeichneten Darstellung der Geschichte dieser Krankheit, der Differentialdiagnose der Rachitis, vor allem der Rachitis tarda, und

stellt ähnliche Fälle, die zum Teil als idiopathische Osteopsathyrosis beschrieben sind, aus der Literatur zusammen.

Die Röntgenbilder, welche die Krankheit gibt, werden unter Beigabe von zwei Abdrücken erklärt.

Die vorzügliche Arbeit dürfte für die weitere Klarlegung des noch dunklen Gebietes als eine grundlegende anzusehen sein.

Goebel (Breslau).

---

6) **Gelinsky.** Eine Skelettdurchleuchtung bei einem Falle von Pyämie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 4.)

Verf. hat bei einem an Pyämie erkrankten 10jährigen Knaben röntgenographische Aufnahmen des ganzen Skeletts gemacht und seine dabei gemachten Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen wiedergegeben:

1) Bei pyämischer Allgemeinerkrankung können Schmerzen in den Epiphysen und Druckempfindlichkeit der Epiphysen das erste Zeichen der Herderkrankung im Knochensystem sein.

2) Diese Druckempfindlichkeit der Epiphysen kann das einzige klinische Symptom von Knochenerkrankung bleiben.

3) Es gibt Herderkrankungen, welche keine Schmerzen und keine Druckempfindlichkeit machen und nur durch Röntgenaufnahmen gefunden werden können.

4) Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Epiphysen brauchen nicht auf jeden Fall Herderkrankung im Gefolge zu haben, sondern die subjektiven Erscheinungen und die pathologischen Veränderungen können zurückgehen, ohne daß eine Herderkrankung entsteht.

5) Herderkrankungen im Knochen lassen sich erst ungefähr von der vierten Erkrankungswoche ab im Röntgenbilde erkennen.

6) Kleinere Knochenherde können spontan resorbiert werden.

7) Auch das Röntgenbild zeigt uns, daß bei hämatogener Infektion die Knochenherde als embolische Infarkte aufzufassen sind.

8) Treten bei einem Osteomyelitiskranken nach krankheitsfreiem bis mehrjährigem Intervall neue Herde auf, so liegt stets die Möglichkeit vor, daß dieselben latent seit der ersten Infektion bestanden haben.

Gaugele (Zwickau).

---

7) **Ferrarini.** Sopra la funzione de muscoli immobilizzati.

(Arch. di ortopedia Bd. XXII.)

Diese Arbeit umfaßt zahlreiche mühevolle physiologische Experimente an Fröschen und Kaninchen. Dieselben gehen aber von chirurgischen Gesichtspunkten aus und sind auch in ihren Schlußfolgerungen für den Chirurgen von Interesse. Das Hauptresultat läßt sich dahin zusammenfassen, daß die Funktion des immobilisierten Muskels, wenn auch nicht in allen nebensächlichen Einzelheiten, so doch in den hauptsächlichsten Punkten jener der ermüdeten Muskeln sehr ähnelt. Länger dauernde Immobilisation schädigt also funktionell (nicht anatomisch) den Muskel selbst in nachweisbarer Form nicht



anders, als die Ermüdung. Ruhe produziert also hier einen ähnlichen physiologischen Effekt, wie die Arbeit. Worauf dies beruht, ist nicht klar. Von Einzelheiten sei kurz herausgehoben: Die elektrische Erregbarkeit nimmt im immobilisierten Muskel ab; der Grad dieser Abnahme hält nur in gewissem Grade mit der Dauer der Immobilisation Schritt. Die Zuckung nimmt an Energie und Höhe ab, und zwar bis zu einem gewissen Grade proportional der Dauer der Immobilisation. Die Muskelarbeit wird auch eine geringere, und die absteigende Kurve fällt rascher ab. Die Kurve des Tetanus ist nach Immobilisation leichter zu erzeugen, steigt rascher auf, bleibt aber niedriger und fällt langsamer ab, als beim normalen Muskel. 10 Tafeln mit 30 Kurven illustrieren die Experimente. **A. Most** (Breslau).

---

8) **E. Siegel** (Frankfurt a. M.). Die Arteriosklerose in der Chirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

Eine frühzeitige Arteriosklerose bietet, im Gegensatze zu der jenseits der 50er und 60er Jahre auftretenden, in der Narkose oft die unangenehmsten Überraschungen, indem schwerste Kollapszustände auftreten. Auch ältere Arteriosklerotiker mit Emphysem und Bronchitis vertragen die Narkose oft schlecht. Die Wundheilung ist in vielen Fällen ganz ungestört. Bei Darmresektionen kommt es leicht durch Gangrän der Wundflächen zu Komplikationen; bei jugendlicheren Arteriosklerotikern bleibt oft nach Entzündungsprozessen am Darm auf lange Zeit eine Stauung in der Darmwand und eine Brüchigkeit des Gewebes zurück, ist die Blutstillung erschwert, treten leicht Nachlutungen ein. S. weist dann noch auf die Folgeerscheinungen der Arteriosklerose — Aneurysmen, Gangrän, Pankreasapoplexien, Darmblutungen — hin und glaubt, daß eine Reihe von Krankheitsbildern, die unter den Erscheinungen einer Appendicitis, eines Gallensteinanfalles oder einer akuten oder chronisch intermittierenden Darmstenose verlaufen, durch eine Sklerose der Gekrösgefäße bedingt seien. **Kramer** (Glogau).

---

9) **Marchais.** Le massage dans les phlébites.

(Revue française de méd. et de chir. 1906. Nr. 7.)

Die Massagebehandlung bei Phlebitis darf erst begonnen werden, wenn wenigstens 14 Tage seit dem Temperaturabfall verflossen sind. Die Massage soll sich nicht gegen die Venen, sondern gegen die Muskelschwäche und Gelenkversteifungen infolge der vorausgegangenen Ruhigstellung des Gliedes richten. In den ersten Tagen werden passive Bewegungen ausgeführt, und das Glied unter Vermeidung der größeren Venen leicht effleuriert; später aktive Bewegung und stärkere Massage. Unter Wahrung aller Vorsichtsmaßregeln hat M. bei der Massage der Phlebitiden niemals Zufälle auftreten sehen.

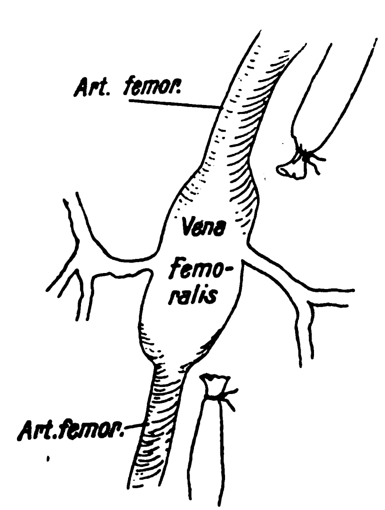
Mohr (Bielefeld).



10) **Carrel and Guthrie.** The reserval of the circulation in a limb.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Die Verff. nähten am Hunde ein nicht zu kurzes Stück der Vena femoralis zwischen die Enden der Arteria femoralis; ferner verbanden sie in anderen Fällen das periphere Ende der durchschnittenen Schenkelvene mit dem zentralen Ende der durchschnittenen Schenkelarterie. Zunächst verhinderten die Venenklappen, daß das arterielle Blut in die Endverzweigungen der Vena eintrat, nach etwa 3 Stunden überwand das arterielle Blut jedoch sogar die Kapillaren, so daß eine völlige Umkehrung des Kreislaufes eintrat und dunkles Blut in den arteriellen Gefäßen erschien. Durch eine seitliche Anastomose ließ sich eine Umkehrung des Blutkreislaufes nicht erzielen, sondern nur durch die End-zu-Endvereinigung zwischen zentralem Arterienende und peripherem Venenteil. Verff. halten es nicht für unmöglich, daß sich bei Obliteration einer Arterie durch analoge Operation die Gangrän eines Gliedes verhüten lassen könne.



Herhold (Altona).

---

11) **F. Colmers.** Die kriegschirurgische Bedeutung des Röntgenverfahrens und die Art seiner Verwendung im Kriege.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

Der Röntgenapparat ist in der Nähe des Schlachtfeldes und in leicht beweglichen Lazaretten (Feldlazaretten) zwecklos, dagegen im Kriegslazarett dringend erforderlich, weil in jenen weder Raum für seine Aufstellung in einem zu verdunkelnden Zimmer, noch Zeit für die Röntgenaufnahme vorhanden, auch nur höchst selten die schleunige röntgenographische Feststellung des Sitzes eines Geschosses, eines Knochensplitters usw. angezeigt ist. Die Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege haben dies Verf. bestätigt; auch die beträchtliche Vermehrung des Lazarettmateriales durch Mitführen der Röntgenapparate spricht gegen die Errichtung eines Röntgenkabinetts im Feldlazarett. Bezüglich des für Kriegs- und Reservelazarette erforderlichen Röntgeninstrumentariums schlägt C. vor, den Motor auf einem Kraftwagen unterzubringen, der durch einfache Umschaltung die Dynamomaschine antreibt.

Kramer (Glogau).

---

12) **F. Moses.** Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode.

(Med. Klinik 1906. Nr. 13.)

M. behandelte wahllos 25 zugehende Bubonen nach Bier (Sticheinschnitt, keine Tamponade, Saugung), und zwar die größeren Anschwellungen mittels eines von Louis & H. Loewenstein (Berlin) hergestellten Saugglases, das in seinem Querdurchschnitt völlig einem Hühnerei gleicht, dessen Öffnungsebene so über die Fläche gebogen ist, daß sich das spitze Ende des Eies gleichsam als Schnabel in die Leistenbeuge einsaugt, und dessen Ränder sanft nach außen auslaufen. Der Sticheinschnitt wurde frühzeitig und tief, die Ansaugung zur Vermeidung von Blutunterlaufungen nicht zu kräftig ausgeführt. Nachoperationen waren nicht erforderlich. Die Dauer der Behandlung schien verkürzt, hauptsächlich deshalb, weil die Überhäutung großer Wundflächen wegfällt. Das Verfahren ist schmerzlos, für den Kranken angenehmer wie das frühere, erfordert nicht unbedingt Bettruhe und entfernt nur die wirklich kranken Drüsenteile.

Georg Schmidt (Berlin).

---

13) **Axhausen.** Die Entwicklung der modernen Wundbehandlung.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 491.)

Eine sehr übersichtliche, äußerst lesenswerte Geschichte der Anti- und Asepsis und Immunitätslehre in kurzer, klarer, fließender Sprache.

Goebel (Breslau).

---

14) **R. Matas.** Tratamiento eficaz de la pústula maligna por el nitrato ácido de mercurio y la quinina.

(Gac. med. de Granada; ref. in Rev. de med. y cir. pract. de Madrid 1906. April 28.)

Für sehr schwere Fälle von Karbunkel und Milzbrand wird als fast unfehlbares Heilmittel Ätzung mit Queksilbernitrat unter gleichzeitiger innerlicher Verordnung großer Dosen von Chinin. sulfur. empfohlen. —

Stein (Wiesbaden).

---

15) **Schwarz.** Euguform.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 11.)

Verf. erprobte das Mittel in der dermatologischen Praxis in 43 Fällen. Bei sezernierenden Ulcera mollia, Balanitiden, Herpes und Pruritus progenitalis wurde sehr rasch eine Austrocknung erzielt, und der Schmerz hörte auf. Ein schon vielfach vorbehandeltes Skrotalekzem heilte unter Aufpinseln einer 10 %igen Schüttelmixtur. Als Streupulver auf operativen Wundflächen bewährte sich Euguform bei der Abkratzung von Papillomen und zur Beseitigung der ekzematösen Rötung in der Umgebung von Bubonenwunden.

Nach S.'s Erfahrungen ist Euguform ein zweckmäßiges Ersatz-

mittel des Jodoforms, zumal es nicht teurer, fast geruchlos und in den zur Verwendung gelangenden Dosen ungiftig ist.

Gutzeit (Neidenburg).

---

16) **Dufaux.** Über rationelle Aufbewahrung der Sonden und Katheter, insbesondere der elastischen und weichen.

(Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Eine sehr ausführliche Arbeit, von dem Standpunkt aus geschrieben, daß jedes Eingehen in die Harnröhre oder Blase einem chirurgischen Eingriff gleich zu erachten und deshalb nur unter Wahrung der aseptischen und antiseptischen Kautelen vorzunehmen sei. Wie den Metallinstrumenten des Urologen, so ist vor allen Dingen auch seinen elastischen Instrumenten eine hohe Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Verf. bespricht ausführlich die bisherigen Methoden der Katheterdesinfektion und der mehr oder weniger sterilen Aufbewahrung derselben und empfiehlt schließlich zu letzterem Zwecke seine bekannten Zylinder (von der Firma A. Rösch & Co.-Berlin hergestellt, und von derselben unschön und gegen den Willen des Verf. mit dem Namen Katheterostat ursprünglich belegt). **Grunert** (Dresden).

---

17) **M. R. Barker** (Chicago). Contribution to the surgery of the prostate gland.

(New York and Philadelphia med. journ. 1905. Dezember 16.)

B. tritt energisch für die Frühoperation der Prostatahypertrophie ein. Der Arzt soll gleich die erste Urinretention benutzen, um den Pat. ins Krankenhaus zu dirigieren, ihm nicht erst den Katheter in die Hand geben, der ihn verleitet, sich selbst zu behandeln, bis er in einen elenden Zustand kommt, in dem dann die Operation als letzte Hilfe endlich angeraten wird. Daß bei dem Überwiegen dieser ungünstigen Fälle im heutigen Materiale der Chirurgen ihre Resultate doch noch recht gute sind, spricht schon für die geringe Gefährlichkeit der rechtzeitigen Operation. B. verlor von seinen letzten 30 Fällen nur einen, einen 73jährigen Mann, und zwar an Pneumonie, ehe er ihn operiert hatte (6 Jahre Katheterleben, septische Cystitis).

B. macht die perineale Prostatektomie mit einem großen Hufeisenschnitt, der gute Übersicht bietet. Den Ansatz des Sphincter ani und der vorderen Levatorfasern am Centrum tendineum durchtrennt er, um sie nachher wieder zu nähen. Nach Eröffnung der Harnröhre bringt er die Prostata in die Wunde durch einen »Traktor«, der sich von dem Young'schen Instrument dadurch unterscheidet, daß die intravesikalen Branchen um 90° gedreht sind. Es wird nun nicht in der Körperachse gezogen, sondern der Stiel gehoben, so daß eine Hebelwirkung entsteht mit der Symphyse als Hypomochlion. Der Stiel kommt so aus dem Operationsfelde. Zum Durchquetschen fester Verwachsungen zwischen Drüse und Kapsel hat B. eine eigene Quetsch-

zange angegeben, die sehr zweckmäßig erscheint. — Nach dieser Methode wurden die oben erwähnten 30 Operationen ausgeführt.

Lengemann (Bremen).

---

18) **Oppenheim** und **Löw.** Der Mechanismus des Blasenverschlusses im Röntgenbilde.

(Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XVII. Hft. 2.)

Verff. haben mit Affen (Pavian), bei denen, wie sie sich überzeugten, die Verhältnisse der Blasen- und Dammuskulatur analog denen des Menschen sind, Versuche angestellt, und zwar haben sie die Blase mit Wismutemulsion und später auch — auf die Veröffentlichung aus der Czerny'schen Klinik hin — mit 2%iger Collargollösung mittels Katheter in verschieden hohen Füllungszustand versetzt und haben dann Röntgenaufnahmen gemacht. Die beigefügten Bilder zeigen die schwachgefüllte Blase annähernd in Kugelform, ohne Blasenhals, die starkgefüllte in ausgesprochener Birnform, mit Blasenhals.

»Nach diesen Röntgenbildern«, sagen die Verff., »welche bei starker Blasenfüllung ein trichterförmiges Übergehen der Harnblase in die Harnröhre zeigen, besteht also die Lehre zu Recht, daß bei einer gewissen Flüssigkeitsmenge in der Harnblase der glatte Sphincter internus nicht mehr zur Behinderung der Urinentleerung ausreicht und nun die übrige Muskulatur der hinteren Harnröhre, der Sphincter externus und der Compressor urethrae herangezogen werden, um den Blasenverschluß zu bilden.«

Grunert (Dresden).

---

19) **K. Mandrila.** Über Desinfektion der Harnwege.

(Wiener med. Presse 1906. Nr. 7.)

Die Vorzüge des Helmitols vor dem Urotropin bestehen darin, daß es prompt schmerzstillend wirkt, den Harn rasch sauer macht und klärt, energischer desinfiziert, einen angenehmen Geschmack besitzt und vorzüglich vertragen wird. Verf. wendet das Helmitol namentlich bei allen Prostatikern an, deren Appetit und Darmtätigkeit daniederliegen, da durch die Zitronensäure im Helmitol der Appetit angeregt wird und die Pat. Helmitol in Form von Limonade auch sehr gern nehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

20) **Albers-Schönberg.** Zur Differentialdiagnose der Harnleitersteine und der sog. »Beckenflecke«.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 4.)

Die »Beckenflecke« haben die Diagnose der Harnleitersteine sehr unsicher gemacht. Die exakte Konturierung läßt den Verdacht aufkommen, daß es sich möglicherweise um Gebilde in der der Platte nahe gelegenen Muskulatur handeln könnte.

Jedenfalls muß man, wenn ein operativer Eingriff in Frage kommt, darauf bestehen, daß eine Röntgenaufnahme bei eingeführtem Metallkatheter vorgenommen wird, event. sogar eine stereoskopische Becken-

aufnahme. Auf einem beigelegten tadellosen Röntgenogramm sehen wir, wie sich Katheter und Schatten gerade treffen. Die Operation ergab, daß es sich in der Tat um einen Harnleiterstein gehandelt hat.

Gaugele (Zwickau).

---

21) **Reichmann.** Über Schatten in Röntgennegativen, die Ureterensteine vortäuschen können.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 4.)

Verf. sah mehrfach Schatten von verschiedener Größe und Dichtigkeit bei Beckenaufnahmen. In einem Falle waren bei dem Pat. Kolikanfälle aufgetreten, so daß der Verdacht auf Harnleitersteine gerechtfertigt war. Ein in den linken Harnleiter eingeführtes Bleibougie zeigte jedoch bei erneuter Röntgenaufnahme einen Abstand von mehreren Zentimetern von den fraglichen Schattengebilden.

Wodurch diese eigentümlichen Schatten, sonst »Beckenflecke« genannt, entstehen, läßt Verf. dahingestellt. **Gaugele** (Zwickau).

---

22) **A. Rothschild.** Die gegenwärtige Bedeutung der neueren Untersuchungsmethoden der funktionellen Nierendiagnostik für die Nierenchirurgie.

(Med. Klinik 1906. Nr. 9 u. 10.)

Verf. beantwortet unter Verwertung eigener Erfahrungen die Frage, inwieweit die Feststellungen der verschiedenen Forscher über die funktionelle Nierendiagnostik bisher tatsächliche Bedeutung für die Nierenchirurgie gewonnen haben. Der Harnleiterkatheterismus, so nützlich und aufklärend er nach der heutigen allgemeinen Ansicht wirkt, ist gefährlich und auf die kranke, gegebenenfalls zu operierende Seite zu beschränken. — Die Kryoskopie erscheint trotz Kümmell, Rumpel und Casper bis zum heutigen Tage für die chirurgische Klinik ein fragwürdiges Hilfsmittel. Insbesondere ist die Frage der Bedeutung der Blutgefrierpunktbestimmungen für die Entscheidung zur Nephrektomie noch weit ab von einer Lösung; eher sprechen die Erfolge der Nephrektomie trotz geringen Blutgefrierpunktes gegen dieses Untersuchungsverfahren. Gegen die Harnkryoskopie führt R. an: 1) die unzuverlässige Technik der Gefrierpunktbestimmung; 2) die Schwierigkeit, die abgesonderten Nierenmengen zu erfahren; 3) die durch den Reiz des Harnleiterkatheters sich ändernde Nierentätigkeit. — Hinsichtlich der Einspritzung von Phloridzin, das in verschiedener Zusammensetzung im Handel vorzukommen scheint, bestehen Erfahrungen, daß sie auch bei positivem Ausfall täuschen kann, andererseits Mitteilungen, wonach die Probe zu verwendbaren Ergebnissen führte; aber es gibt keinen Maßstab, wann denn die Ergebnisse brauchbar sind und wann nicht. Allenfalls läßt sich noch die Bestimmung der Harnstoffmenge verwerten.

Die neueren tatsächlichen Erfolge der Nierenchirurgie sind nicht abhängig von dem funktionellen Untersuchungsverfahren, sondern vom

Ausbau der alten chemischen, mikroskopischen, bakteriologischen Hilfsmittel, der Kryoskopie und des Harnleiterkatheterismus, der Röntgendurchleuchtung wie der übrigen klinischen und pathologischen Erfahrungen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

23) **G. Luys.** De la mesure de la capacité du bassinet.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. 1906. Nr. 7.)

Eine methodische Messung des Nierenbeckens, wie sie zuerst von Kelly angestrebt worden ist, wird uns auch bis zu einem gewissen Grade Aufschluß geben über die Ausdehnung der Zerstörung der Nierensubstanz und wird uns dann namentlich bei Steinerkrankungen und bei Hydronephrosen einen Fingerzeig geben, ob wir die Nephrotomie oder die Nephrektomie vornehmen sollen. Diese Kapazitätsmessung nimmt man in der Weise vor, daß man mittels Harnleiterkatheters zunächst einige Augenblicke den Urin aus dem betreffenden Nierenbecken abfließen läßt und dann mittels einer graduierten Spritze vorsichtig Borwasser injiziert und den Kranken auffordert, sich sofort zu melden, wenn eine schmerzhafte Empfindung in der betreffenden Niere auftritt. Unter normalen Verhältnissen ist das nach der Injektion von 2—5 ccm Flüssigkeit der Fall. Die Menge der eingespritzten Flüssigkeit gibt die Kapazität des Nierenbeckens an. Ist diese so stark vergrößert, daß man hieraus die Notwendigkeit der Nephrektomie herleiten kann, so ist es namentlich bei Pyonephrosen von großer Wichtigkeit, dieselbe auszuführen, ohne das Nierenbecken vorher zu eröffnen. Man wird auf diese Weise jede Infektion verhindern und die äußere Wunde ohne Drainage vollkommen durch die Naht schließen können. (Dieses von vornherein radikale Verfahren läßt sich mit den Grundsätzen der konservativen Nierenchirurgie nicht vereinigen. Ref.).

Paul Wagner (Leipzig).

---

24) **Parlavecchio** (Palermo). Le nuove conquiste della chirurgia renale. Studio sperimentale e clinico con 50 fig. e 26 tavole. 226 p.

Palermo, **Brangi**, 1906.

Die Monographie behandelt in drei Abschnitten: die Chirurgie der schweren Traumen der Niere, die chirurgische Behandlung der Nephritis und jene der Neuralgien und Hämorrhagien der Niere. In jedem Kapitel wird die Literatur und der heutige Stand des Wissens in erschöpfender und kritischer, teilweise aber sehr breiter Form besprochen. — Die eigenen Untersuchungen des Verf. sind vorwiegend experimenteller Natur und gipfeln darin, die Enthülsung der Niere nach Edebohls durch Schaffung besserer Kreislaufsbedingungen zu vervollkommnen und sie so der Therapie nutzbarer zu machen. Er kam daher auf den Gedanken, die Grundsätze der Talma'schen Operation auf die Niere anzuwenden: er bettete die Niere in Netz ein, ja er spaltete sogar den einen Pol der Niere, um Netz in den Schnitt

hineinzulagern. Technisch gestaltet sich die Operation nach P. nicht wesentlich schwieriger als die einfache Enthülsung. Ein Teil des Netzes wird sackartig um die Niere gelegt und am Hilus durch eine Art Tabaksbeutelnaht zusammengehalten. Bei der Tamponade der Niere wird das in den Schnitt eingelegte Netz durch eine durchgreifende Naht befestigt. Die Erfolge des Verf.s waren gute, zum Teil überraschende. Zunächst gelang es P., der Niere eine zarte, nachgiebige Kapsel zu schaffen im Vergleich zu der narbig fibrösen Umkleidung, die sich schließlich nach der einfachen Enthülsung bildet; sodann aber — und vor allem — war die Kapsel gefäßreich, und der neugebildete Kollateralkreislauf war sogar so leistungsfähig, daß es Verf. gelang, seine Versuchstiere noch dann zu erhalten, wenn er nach 8—10 Tagen die Gefäßstämme der operierten Niere abband, ja nachher noch die gesunde Niere exstirpierte, so daß also lediglich durch jenen Kollateralkreislauf hinreichende Nierenfunktion unterhalten wurde. Dieser experimentell erprobten Idee vindiziert Verf., wohl mit Recht, eine Aussicht für die chirurgische Behandlung der Nephritis und sucht sie auch für die konservative Behandlung schwerer Nierenverletzungen nutzbar zu machen. Zahlreiche schöne Abbildungen makroskopischer und mikroskopischer Präparate erläutern die große Reihe der Experimente des Verf.s.

A. Most (Breslau).

---

25) **N. Hallé** et **B. Motz.** Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire. Tuberculose de l'uretère et du bassinet.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1906. Nr. 3 u. 4.)

An der Hand des reichen Sammlungmateriales des Hospital Necker geben Verff. zunächst eine genaue pathologisch-anatomische und histologische Beschreibung der verschiedenen Formen, der Komplikationen und Ausgänge der Tuberkulose des Harnleiters und Nierenbeckens; zahlreiche gute Holzschnitte dienen zur Erläuterung. Die tuberkulösen Veränderungen des Nierenbeckens und Harnleiters finden sich mehr als doppelt so häufig einseitig. Bei doppelseitiger Affektion können die Art und der Grad der Veränderung gleich sein; häufiger aber finden sich auf beiden Seiten verschiedenartige Veränderungen. Meist finden sich die tuberkulösen Veränderungen im ganzen Verlaufe des Ausscheidungskanales; sind sie lokalisiert, so sitzen sie mit Vorliebe im Nierenbecken, im Niveau der Kelche, im Harnleiter am oberen und unteren Ende. Pathologisch-anatomisch am häufigsten findet sich im Harnleiter eine totale diffuse, massige tuberkulöse Infiltration; seltener sind die auf die Schleimhaut beschränkte oberflächliche tuberkulöse Ureteritis und die obliterierende Ureteritis. Sehr oft findet sich auch eine Periureteritis; doch ist die fibrolipomatöse und adhäsive Form sehr selten. Im Nierenbecken dominiert die massige käsige Infiltration.

Vom klinischen Gesichtspunkt aus nehmen die Tuberkulose des

Harnleiters und Nierenbeckens nur eine sekundäre Stellung ein; für gewöhnlich lassen sich ihre Symptome nicht von denen der Nierentuberkulose trennen. Jedenfalls muß man bei der Nierentuberkulose stets auch an die tuberkulöse Erkrankung des dazugehörigen Harnleiters denken. Im Anfangsstadium der Erkrankung, bei oberflächlicher Erkrankung der Harnleiterschleimhaut kann man mittels Harnleiterkatheters oft eine Dilatation und Stagnation nachweisen. Ist die Erkrankung deutlich ausgesprochen, so findet man mit dem Cystoskop oft tuberkulöse Blasenveränderungen, namentlich in der Umgebung des Ostium ureterale. Der juxtavesikale Teil des Harnleiters ist beim Weibe durch vaginale Untersuchung, seltener beim Manne vom Mastdarm her als verdickter schmerzhafter Strang zu fühlen. Unter Umständen kann der Harnleiter auch durch die Bauchdecken hindurch getastet werden. Von weiteren Symptomen sind zu nennen: ausstrahlende Schmerzen im Bereiche der Harnleiter; schmerzhafte Harnleiterkrisen unter der Form von Nierenkoliken. Bei obliterierender Ureteritis findet man häufig die Symptome einer tuberkulösen Pyonephrose mit Retention. Der tuberkulöse Harnleiter muß mit der erkrankten Niere entfernt werden, und zwar soweit als möglich nach der Blase zu. Hat sich zu der tuberkulösen Infektion noch eine sekundäre pyogene Infektion gesellt, dann muß die totale Ureterektomie vorgenommen werden, um unangenehme langdauernde fistulöse Eiterungen zu vermeiden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

26) **H. Wildbolz.** Über die Folgen der Nierenspaltung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 34.)

W. hat über die histopathologischen Folgen der Nierenspaltung im pathologisch anatomischen Institute zu Bern bei Kaninchen und Hunden Versuche angestellt, die in sicher beweisender Weise die Schädlichkeitstragweite dieses Eingriffes in viel geringeren Grenzen sich haltend erscheinen lassen, als in ähnlichen Versuchen es Langemak und Hermann fanden. W. führte nach Nierenbloßlegung durch Lendenschnitt stets den sog. Sektionsschnitt genau in der Organmitte aus; die Nierenwunde wurde teils ganz ungenäht gelassen, teils nur sehr oberflächlich genäht. Bezüglich aller Details der histologischen Nierendurchmusterung, die zu verschiedenen Zeiten nach dem Eingriff erfolgte, ist auf das Original zu verweisen, hier nur kurz zu berichten, daß W. zwar auch, wie die früheren Experimentatoren, Infarktbildungen an den Nierenwundflächen konstatierte, aber meist doch nur auf sehr beschränkten Bezirken. Der infolge dieses Vorganges als funktionell zerstört anzusehende Teil von sezernierendem Nierenparenchym konnte auch in den ungünstigsten Fällen nicht auf ein Viertel des Organes geschätzt werden. W. nimmt auf Grund eigener Gefäßinjektionen an Kaninchen- und Hundenieren an, daß die Nieren dieser Tiere eine im dorsalen und ventralen Organteile gut getrennte Blutzirkulation haben, so daß ein gerade die Organmitte treffender Schnitt am wenigsten gefäßverletzend und mithin parenchymzerstörend wirkt. Langemak

spaltete dagegen bei seinen Versuchen die Nieren meist quer, und Hermann vereinigte die mit Sektionsschnitt gemachten Nierenhälften durch tief durchfassende Nähte, was vielleicht die von diesen Autoren beobachtete viel stärkere Nierenparenchymzerstörung erklärt.

Beim Menschen hat der Nierensektionsschnitt in seinen Folgen sich ziemlich ungleich schwerwiegend gezeigt. Neben Fällen, die wegen Nachblutung zur Nephrektomie zwangen, sind solche bekannt, die, anstandslos geheilt, nach Jahr und Tag bei Obduktionen eine ganz unwesentlich geschädigte Niere mit feiner Narbenbildung finden ließen. Weitere klinische Erfahrungen müssen über die Bedeutsamkeit des Eingriffes entscheiden; die Ergebnisse des Tierexperimentes sind hierfür unzulänglich, wie W. speziell gegenüber Langemak und Hermann dargetan hat. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Neuhäuser.** Das hypernephroide Karzinom und Sarkom.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

Unter 103 Fällen von Nierengeschwülsten waren 63 Hypernephrome. Die Lehre von der suprarenalen Herkunft dieser Geschwülste dürfte heute von niemandem mehr ernstlich bestritten werden, weil es erstens eine wiederholt konstatierte Tatsache ist, daß man der Nebennierenrinde gleichende Gewebsteile, an verschiedenen entfernten Stellen des Körpers, wie Lig. latum, Eierstock, Hoden, Samenstrang usw. gefunden hat und ganz besonders häufig unter der Kapsel der Niere. Ferner sind an vielen dieser Stellen echte, zum Teil bösartige Geschwülste gefunden worden, die frappante Ähnlichkeit mit der Nebennierenrinde zeigen, und zwar vornehmlich betreffs der grob mikroskopischen Struktur. Aus den einfachen Hypernephromen können komplizierte Gebilde werden, je nachdem ihr Parenchym oder Stroma weitere Veränderungen eingeht. Nach den Untersuchungen von Soulié und Poll entsteht die Nebennierenrinde unabhängig vom Urogenitalapparat aus dem Cölomepithel, so daß die Parenchymzellen der Nebennierenrinde echte Epithelien sind. N. beschreibt aus dem Material Israel's zwei Fälle, bei denen sich aus dem in früher Embryonalzeit in die Niere verlagerten Nebennierenkeime ein Hypernephrom und dann ein Karzinom entwickelt hat, so daß im Sinne der Cohnheim'schen Lehre hier beide Karzinome auf versprengte embryonale Keime zurückzuführen sind, wenn vielleicht auch diese Versprengung nicht die einzige Ursache der Krebsentwicklung sein mag. Das Hypernephrom wäre also als das adenomatöse Übergangsstadium eines karzinomatös werdenden, in die Niere verlagerten Nebennierenteiles aufzufassen. Ebenso interessant wie diese aus dem Parenchym des Hypernephroms hervorgegangenen Geschwülste sind diejenigen, welche durch Veränderungen des Stromas derselben Geschwulstart charakterisiert sind, und von denen Verf. ebenfalls einige Beispiele schildert, die ganz analog wie die entsprechenden Karzinome aus versprengten embryonalen Keimen entstanden sind, so daß beide Geschwulstarten, die epithelialen wie die bindegewebigen, eine Entwicklung im Sinne

Cohnheim's genommen haben. Verf. gibt neben ausführlichen Protokollen sehr gute mikroskopische Präparate der betreffenden Fälle.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

28) **Colombino.** L'iperemia venosa come mezzo di cura nelle infiammazioni acute e chroniche del testicolo.

(Giorn. dalla R. accad. di med. di Torino 1906. Nr. 1 u. 2.)

C. infizierte die beiden Hoden von Kaninchen mit virulenten Staphylo- und Streptokokken durch direkten Einstich und behandelte danach einen mit venöser Stauung. Beide schwollen an; der gestaute kehrte zur Norm zurück, während der andere vereiterte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

29) **Schickele.** Einige kritische Bemerkungen zur Alexander-Adams-Operation, insbesondere über ihr Verhältnis zu den Leistenbrüchen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 12.)

Es muß von der Alexander-Adams'schen Operation verlangt werden, daß sie imstande sei, unter normalen physiologischen Verhältnissen den Uterus anteflektiert zu erhalten, jedoch nicht, wenn pathologische Veränderungen hinzutreten oder vor der Operation vorhandene noch bestehen. Das richtige Feld für die Operation sind die mobile Retroflexio des nicht wesentlich veränderten Uterus; ferner die durch stumpfes Verfahren vollständig beweglich gemachte Retroflexio. Als Begleitoperation kann sie nach denselben Grundsätzen bei der Behandlung von Uterus- und Scheidenvorfällen in Anwendung kommen. Nachteile sind: Wundeiterung in einer gewissen Zahl der Fälle und die Gefahr der Bruchbildung. Die Wundeiterung kann bei peinlichster Asepsis und bei exakter Blutstillung sicher vermieden werden. Der Prozentsatz der Bruchbildung ist auffallend groß in den Fällen, in denen der Leistenkanal gespalten wurde. Diese Spaltung ist meist unnötig; nur wenn man das Ligament nicht findet, wenn es reißt, oder wenn eine Bruchanlage oder ein ausgeheilter Leistenbruch vorhanden ist, ist die Spaltung berechtigt; ja es kann sogar ein vorhandener Leistenbruch nötigen, das über den Bruchsack aufgefaserte Lig. rot. intraperitoneal aufzusuchen. Um die Dauerheilung des Bruches zu sichern, ist die Operation nach Bassini anzuraten, doch empfiehlt Verf., dieselbe auch in allen Fällen, in denen der Kanal gespalten werden mußte, vorzunehmen. **Langemak** (Erfurt).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Abteilung der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.)

Zur Technik der Darmvereinigung.

Von

Prof. Dr. **Wendel.**

Nach Darmresektionen sind zur Vereinigung der durchtrennten Darmstücke drei Methoden üblich, die als zirkuläre Darmnaht oder End-zu-End-Anastomose, als seitliche Einpflanzung oder End-zu-Seit-Anastomose und als seitliche Anlagerung oder Seit-zu-Seit-Anastomose bezeichnet werden. Je nachdem man für die einzelnen Methoden die Naht oder den Knopf benutzt, entsteht eine ganze Reihe verschiedener Operationsmöglichkeiten, welche ihre eigenen Indikationen und Kontraindikationen, ihre Vorteile und Nachteile haben. Von den Knöpfen ist bisher noch immer der von dem Erfinder des ersten Knopfes, Murphy, angegebene der beste. Er ist für die End-zu-End-Anastomose erdacht und soll diese bei Anwendung der Naht ziemlich langwierige Vereinigung abkürzen und zugleich sicherer gestalten. Um aber die Vorteile der Sicherheit und Schnelligkeit zu vereinen, ist eine besondere Knopftechnik erforderlich, welche vor allem dadurch nötig wird, daß der Querschnitt des durchschnittenen Darmes erheblich größer ist als der des inneren Zylinders des Knopfes, um den der Darm nach Murphy's Vorschrift durch eine Tabaksbeutelnaht zusammengezogen werden soll.

Aus diesem Grunde hat Jaboulay seinen Knopf so konstruiert, daß er nicht für die gegebenen Größenverhältnisse des Darmquerschnittes, sondern für eine bei seitlicher Anastomose beliebig groß bzw. klein zu machende Inzision geeignet ist, durch die er wie eine Schraube hineingedreht wird. Man kann mit diesem Knopfe die Anastomose selbst völlig nahtlos machen, doch müssen natürlich die freien Darmenden versorgt werden, wobei selbst bei Verwendung des Enterotribs genäht werden muß und eine gewisse Zeit verloren geht.

Ich habe mir in einer Reihe von Experimenten an Hunden die Aufgabe gestellt, mit Hilfe des Knopfes eine schnelle und sichere End-zu-End-Vereinigung des Dünndarmes ohne Naht zu ermöglichen. Wenn man beim Murphyknopf mit der Tabaksbeutelnaht die Darmwand um den inneren Zylinder des Knopfes festzieht und dann die beiden Knopfhälften vereinigt, so wird eine verhältnismäßig große Gewebsmasse in dem engen, spaltförmigen Raume zusammengequetscht, welcher zwischen den beiden einander berührenden Knopfhälften bleibt. Hier kann es leicht geschehen, daß Teile der Schleimhaut nach außen herausgequetscht werden, so daß eine Übernähung zur Sicherung nötig wird. Nun ist es aber gar nicht unbedingt nötig, daß dieser erwähnte spaltförmige Raum so viel Gewebsmaterial aufnimmt; vielmehr ist zwischen dem inneren Zylinder und der äußeren, bauchig vorgewölbten Knopfwand ein unbenutzter Raum, der genügend groß ist, den Überschuß an Material aufzunehmen. Ich habe daher zu erreichen gesucht, daß bei der Zusammenfügung der Knopfhälften die Schnittfläche des Darmes in den inneren Raum zwischen Außenwand des Knopfes und seinem inneren Zylinder hineingerät. Dabei werden dann die in Berührung gelangenden Knopfränder nur von Serosa bedeckter Darmwand überzogen, und die Sicherheit bezüglich der Infektion ist gewährleistet. Ich erreiche dies, indem ich den Abstand des inneren Zylinders von der äußeren Knopfwand etwas vergrößere und um den inneren Zylinder einen mit Nuten versehenen Ring anbringe. Auf einer der Nuten — und zwar der untersten — wird der Darm, der an der Schnittfläche mit Klemmen gefaßt ist, mit einem starken Seidenfaden festgebunden. Der Ring ist um den mittleren Zylinder von oben nach unten verschieblich. Beim Aneinanderfügen der

Knopfhälften wird der Ring mit dem an ihm festgebundenen Darm in den vorerwähnten Raum zwischen innerer und äußerer Knopfwand hineingeschoben. Es ist nur dabei erforderlich, den Darm über dem Knopfe nicht zu spannen, sondern hinreichend Material zu lassen, daß die Invagination des Ringes möglich ist.

Trotzdem die Darmwand des Hundes verhältnismäßig dicker ist, als die des Menschen, ist mir die Darmvereinigung mit diesem Knopfe schnell, sicher und ohne Mißerfolg stets gelungen. Ich sehe einen Vorteil des Knopfes darin, daß er sich von dem Murphyknopfe kaum unterscheidet und auch genau so wie der Murphyknopf gebraucht werden kann, wenn es sich z. B. nicht um eine End-zu-End-, sondern um eine Seit-zu-Seit-Anastomose handelt.

Fig. 1.

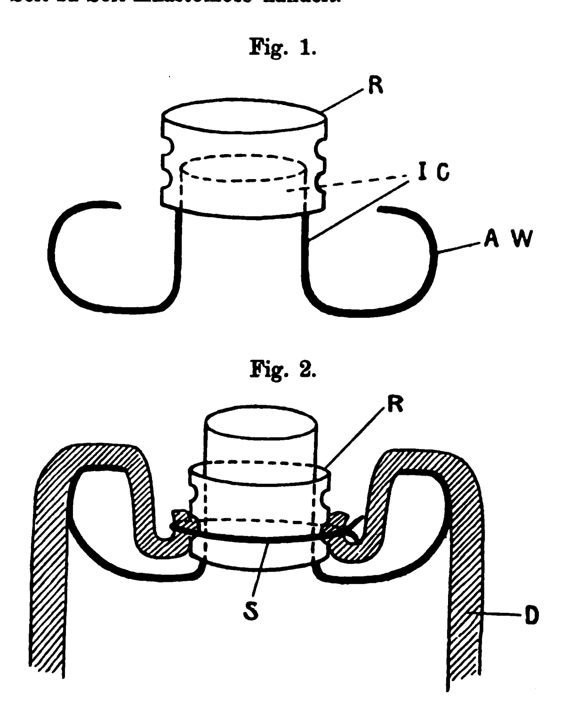


Fig. 2.

Die Konstruktion des Knopfes und seine Verwendung ist aus den beifolgenden schematischen Abbildungen ersichtlich. Fig. 1 zeigt einen schematisierten Längsschnitt durch die weibliche Knopfhälfte, und zwar bedeutet *A W* die äußere Wand des Knopfes, *I C* den inneren Zylinder, welcher den männlichen Teil des Knopfes aufzunehmen bestimmt ist, und welcher den von oben nach unten verschiebbaren Ring *R* trägt. Fig. 2 zeigt den Darm *D*, durch den Seidenfaden *S* in der unteren Nute des Ringes *R* festgebunden; und zwar ist die Schnittlinie des Darmes in das Innere der Knopfhälfte hineingedrängt, wie es beim Schluß des Knopfes geschieht.

Die obere Nute des Ringes *R* dient dazu, etwa zu weit vorstehende Teile der Darmwand mit einem Messer, welches in der Nute eine sichere Stütze findet, zirkulär abtragen zu lassen. Der Knopf ist durch die Firma Holzhauer in Marburg zu beziehen.

---

30) Sanitätsbericht über die kgl. preußische, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps, sowie über die kaiserliche Besatzungsbrigade für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1902 bis 30. September 1903.

Die für den Chirurgen Interesse bietenden Abschnitte des Berichtes mögen in folgendem kurz erwähnt werden. Der Zugang an Wundrose ist seit dem Jahre 1896/97 derselbe geblieben mit 1,2‰; von den 619 Zugegangenen starben 5. — Die Wundinfektionskrankheiten — 50 Fälle — traten als Folge von Furunkeln, Mittelohreiterungen, kariösen Zähnen, äußeren Wunden, Mandelentzündungen ein, und handelte es sich in 37 Fällen um Septhämie oder Pyämie. Von den 3 Erkrankungen an Tetanus verliefen 2 unter schweren Erscheinungen tödlich, in allen 3 Fällen wurden 200 bis 500 Einheiten Tetanusantitoxin verabfolgt; 2mal trat hiernach ein auffallender Nachlaß der Krämpfe ein, der 1mal zur Heilung führte.

Unter 23 Erkrankungen an bösartigen Geschwülsten waren 11 Sarkome, 7 Krebsgeschwülste, 2 Strahlenpilzerkrankungen, 1 Endotheliom, 1 Mischgeschwulst und 1 Geschwulst in der Brust, deren Charakter nicht angegeben werden konnte. Von den Karzinomen betrafen 2 den Magen, 2 den Mastdarm, 1 die Bauchspeicheldrüse, 1 den Dickdarm und 1 die Haut am Oberschenkel.

73 Fälle von Krankheiten des Gehirns werden gezählt, hierin sind enthalten: 9 Fälle von Gehirngeschwulst, 3 Eiterherde im Gehirn, 7 Gehirnblutungen; außerdem kamen 2 Gehirnlähmungen infolge von Lues vor. 206 = 0,39 Gehirnerschütterungen mit nur 2 Todesfällen und 172 Wiederherstellungen zur völligen Dienstfähigkeit.

Der Brustschnitt wurde wegen metapneumonischer und idiopathischer Eiterbrust im Rapportjahre 66mal ausgeführt, und zwar 61mal mit und 5mal ohne Rippenaussägung; die durchschnittliche Sterblichkeit betrug 12,1%, die mittlere Heilungsdauer 123 Tage.

Über 3 Pulsadergeschwülste wird berichtet, von welchen 1 die Schläfen-, 1 die Schlüsselbein- und 1 die Kniekehlenschlagader betraf; die erste und letzte Geschwulst wurde durch Operation entfernt. Die Pat. mit größeren Hämorrhoidalknoten sind alle chirurgisch behandelt und sämtlich dienstfähig geworden. Venenentzündungen kamen 43 = 0,08% in Behandlung, von welchen 34 wieder dienstfähig wurden. Krankheiten des Lymphgefäßsystems betrafen meistens Entzündungen der Hals- und Achseldrüsen infolge entzündeter Wunde; von 4172 Zugegangenen wurden 4049 wieder dienstfähig.

Von 65 = 0,12‰ wegen Kropf Behandelten wurden 39 wieder dienstfähig; einige Male wurde die Wiederherstellung durch teilweise Entfernung der Schilddrüse resp. durch Ausschälung größerer Cysten erreicht.

Unterleibsbrüche kamen im ganzen 1028 = 2‰ mal vor, davon wurden dienstfähig 226. In der Mehrzahl handelte es sich um Leistenbrüche, 9mal sind Bauchbrüche erwähnt. Die Radikaloperation wurde einschließlich 9 Operationen bei eingeklemmten Brüchen 46mal vorgenommen, und zwar 27mal nach Bassini, 7mal nach Kocher; in den übrigen Fällen wurde die Art der Operation nicht näher bezeichnet. 30 von den 46 Operierten wurden wieder dienstfähig, während die übrigen geheilt, aber als Invalide resp. als dienstunbrauchbar entlassen wurden. Innerer Darmverschluß kam 14mal vor; von den 9 Operierten wurden 2 geheilt. Von den 5 Nichtoperierten sind 3 durch innere Mittel geheilt.

An Blinddarmentzündung gingen zu 1026 = 1,9‰ Mann, davon wurden dienstfähig 778, es starben 27. 124 Operationen mit 18,5% Mortalität und 81,5% Heilungen sind ausgeführt; von den Geheilten wurden 31,5% wieder dienstfähig. 42mal handelte es sich nur um Abszeßspaltungen, von denen 2 tödlich endeten; 68mal wurde der Wurmfortsatz teils bei bereits vorhandener Eiterung, teils ohne daß solche vorlag, entfernt; von diesen 68 starben 9, geheilt wurden 59. Von 18 an allgemeiner Bauchfellentzündung Erkrankten starben 15. Mehrfach konnte nachgewiesen werden, daß den Blinddarmentzündungen entzündliche Zustände oder



Eiterungen (Mandelentzündung, Halsdrüsenschwellung, Zellgewebsentzündung usw.) vorangegangen waren.

Über 192 Fälle von Wasserbruch ist rapportiert, wovon 21 Kranke nach v. Bergmann, 8 nach Volkmann operiert wurden, die Operierten wurden dienstfähig.

Die Zahl der venerischen Krankheiten hat gegen das Vorjahr etwas zugenommen, 1901/02 betrug sie 18,3‰, 1902/03 19,4‰ der Kopfstärke; im Vergleich mit der diesjährigen Statistik anderer Armeen ist der Zugang an Venerischen in der deutschen Armee ein sehr geringer.

Der Zugang an Ohrenkranken betrug 6507 = 12,8‰, davon wurden dienstfähig 82,3% der Behandelten, 5 starben = 0,07%, 14,8% der Behandelten gingen teils als dienstunbrauchbar, teils als Invaliden ab; größere operative Eingriffe (Aufmeißelungen und Radikaloperationen) wurden 81mal ausgeführt mit 62 Heilungen, von welchen 46 zu Dienstfähigkeit führten.

Der Zugang an Panaritien hat wiederum abgenommen, während er im Jahre 1890/91 noch 26,2‰ betrug, so ist er jetzt auf 10,8‰ hinabgesunken, eine Folge davon, daß die Leute angehalten sind, kleinere Verletzungen sofort auf der Revierstube verbinden zu lassen. Merkwürdigerweise haben im Gegensatz hierzu die Phlegmonen zugenommen: 67,1‰ gegen 65,5‰ im Vorjahre. Die Zahl der Furunkel hinwiederum hat abgenommen, sie beträgt 51,8‰ gegen 75‰ des Jahres 1895/96.

Unter den zahlreichen Krankheiten der Knochen finden sich namentlich Knochenhautentzündungen, Knochenmarksentzündungen und Mißbildungen der Knochen, unter letzteren 5 Fälle von Coxa vara. Die sogenannte Fußgeschwulst kam 13244mal = 25,2‰ vor; die Knochenbrüche des Mittelfußes sind teilweise unter dieser, teilweise bei den Knochenbrüchen verrechnet, so daß sich kein deutliches Bild gewinnen läßt. Jedenfalls fiel der Hauptzugang an Fußgeschwulst in die Monate November, Juli, August, September.

Exerzier- und Reitknochen wurden 32mal beobachtet, 1 im Kaumuskel, 10 im inneren Oberarmmuskel, und zwar letztere verursacht 5mal durch Bajonettstoß, 1mal durch Pferdebiß, 2mal durch Hufschlag usw.; 6 Knochen saßen im M. biceps, 3 im Deltamuskel, 1 im Triceps, 9 in der Oberschenkelstreckmuskulatur. Außer diesen Muskelverknöcherungen kamen noch 5 direkt auf dem Knochen liegende Knochenauswüchse (Osteome) vor.

Von den 4030 Knochenbrüchen, über welche berichtet wird, entfielen 1803 auf den Fuß, 666 auf den Unterschenkel, 462 auf die Hand, 331 auf den Unterarm, 227 auf das Schlüsselbein, 221 auf den Kopf, 112 auf die Rippen, 92 auf den Oberschenkel, 79 auf den Oberarm usw. Von 10 Kniescheibenbrüchen wurden 5 genäht, von den 5 nicht genähten blieben 2 dienstfähig. Unter den Brüchen des Kopfes befanden sich 58, welche das Schädeldach resp. den Schädelgrund betrafen; von diesen 58 starben 13.

Unter 562 zugegangenen Verrenkungen waren die oberen Gliedmaßen 488mal, die unteren 69mal betroffen, andere Gelenke 5mal; am häufigsten waren die Verletzungen des Schulter-, dann des Ellbogengelenkes.

Die Schußverletzungen veranschaulicht folgende Tabelle:

Schußverletzungen durch	Granaten, Schrapnells usw.		4
» »	Manöverkartuschen		1
» »	scharfe Patronen	Gewehr- und Karabinerschüsse	79
		Revolver- und Pistolenschüsse	64
		Zielmunition, Teschin	38
» »	Platzpatronen	aus dem Gewehrlauf	139
		freie Explosion	16
» »	Schrotschüsse		6
» »	Wasserschüsse		3
» »	Gewehrschüsse mit anderen Geschossen		5
» »	Explosion von Patronen, Ladehemmungen		28
» »	Platzen von Gewehren, durch Kanonenschläge		25

Die dem Berichte beigefügte Operationstabelle gibt eine kurze Beschreibung der wichtigsten Operationen. Es wurden unter anderem ausgeführt 22 Eröffnungen des Schädels, 81 Ohrenoperationen, 30 Exstirpationen von Halsdrüsen, 125 Operationen bei Blinddarmentzündung, 49 Bruchoperationen, 59 Gliedabsetzungen, 33 Gliedauslösungen, 60 Geschwulstentfernungen usw. **Herhold** (Altona).

31) **Drüner.** Über die Stereoskopie und stereoskopische Messung in der Röntgentechnik.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 4.)

Verf. hat ein Spiegelstereoskop konstruiert, in welchem man das Spiegelbild der Platten von einem zweiten Spiegelpaar, dem Okularspiegelpaar, aus betrachtet. Bezüglich der Aufnahmetechnik verwendet D. nur zwei Fokusabstände von 65 und 78 cm. Die Verschiebung des Plattenpaares gegen einander beträgt entweder 6,5 (Plastik I), oder 13 cm (Plastik II). Nur erstere gibt in dem Spiegelstereoskop ein vollkommen normales Bild; bei der zweiten ist die plastische Wirkung für einzelne Teile des Bildes eine viel beträchtlichere; die nahen Teile erscheinen jedoch doppelt.

Die Aufnahmen werden meist in schräger resp. halb sitzender Stellung gemacht. Das Lagerbrett für das Objekt ist nicht gerade, sondern konkav gebaut, um auch eine Winkelstellung der Platten zu ermöglichen.

Die theoretischen Ausführungen sind für ein kurzes Referat nicht geeignet und müssen im Originale nachgelesen werden. **Gaugele** (Zwickau).

32) **Kuh.** Die Dystrophia muscularis progressiva und deren orthopädische Behandlung.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 16.)

Verf. berichtet über zwei Fälle. In dem ersten war durch Massage und Gymnastik eine Besserung nicht zu erreichen, der 11jährige Knabe konnte sich weder erheben noch stehen. Durch ein Hessing'sches Stoffkorsett in Verbindung mit einem Schienenhülsenapparat für die Beine, mit Rumpfschienen, Achselstützen und Schulterriemen wurde Stehen und leidliches Gehen erzielt. Bei einem 7jährigen Knaben, der sich nur mühsam vom Boden erheben konnte und beim Gehen nach vorwärts nach einigen Schritten zusammenstürzte, wurde durch Massage und Gymnastik nach monatelanger Behandlung fast völlige Heilung erreicht.

Gutzeit (Neidenburg).

33) **J. Sherren.** The distribution and recovery of peripheral nerves studied from instances of division in man.

(Lancet 1906. März 17, 24 u. 31.)

Die ausgezeichnete, mit sehr zahlreichen Skizzen ausgestattete Arbeit hat vorwiegend neurologisches und orthopädisches Interesse. Die einzelnen Nerven sind der Reihe nach besprochen. Chirurgisch von Bedeutung sind die vorzüglichen Erfolge sowohl der primären, als auch der sekundären Nervennaht; in einem Falle wurde noch nach fast 2 Jahren mit Erfolg der Medianus genäht.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

34) **W. Pöppelmann.** Krebs und Wasser? Mit Situationsplan.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IV. Hft. 1.)

Jeder Fingerzeig, der vielleicht geeignet ist, uns der Erkenntnis der Krebsätiologie näher zu bringen, verdient Beachtung. So auch die kleine Arbeit des Verf.s. An der Hand eines Situationsplanes weist Verf. auf ganz auffällige Beziehungen der Krebserkrankungen zu Wasserläufen, speziell zu stagnierendem Wasser hin. Von 85 ihm in dem kleinen Landstädtchen bekannt gewordenen Krebserkrankungen der letzten 20 Jahre stellte er die Wohnung resp. deren Beziehung zu den Wasserläufen fest. Dabei fand er in 45 Fällen engste Beziehung zum

Wasser durch unmittelbares Anliegen, in 33 Fällen indirekte Beziehung mittels Gartens, Waschstelle usw. In nur 7 Fällen konnte keine Beziehung zum Wasser festgestellt werden.

Verf., der in seinen Schlußfolgerungen sehr vorsichtig und reserviert ist, fordert speziell die Kollegen in kleinen Landstädten zu ähnlichen Erhebungen auf; es ist im Interesse der Forschung nur zu wünschen, daß ihm Folge geleistet wird.

K. Schultze (Bonn).

35) **Weil.** L'hémophilie. Pathogénie et sérothérapie.

(Presse méd. 1905. Nr. 84.)

Bei einem Pat. ohne erbliche Belastung, der im Anschluß an die Extraktion von drei Molarzähnen 11 Tage lang geblutet hatte (davon die letzten drei in stationärer Krankenhausbehandlung), hat Verf. das während der Hämorrhagie spontan ausfließende Blut sowohl, als auch das Blut untersucht, welches er nach Aufhören der Hämorrhagie durch Einstechen einer Hohlnadel in eine Armvene erhalten hatte. Die Gerinnung des Blutes war in beiden Fällen verzögert, im letzteren mehr noch als im ersteren. Zusatz von Kalziumchlorür in Lösung, ferner von Blutserum vom gesunden Menschen und vom Rinde (3—5 Tropfen auf 3 ccm) beschleunigte die Gerinnung bis zur normalen Gerinnungsfähigkeit. Normale Gerinnungsfähigkeit zeigte ferner das Blut des erwähnten Hämophilen, nachdem dem Pat. 10—15 ccm Blutserum (vom Rinde, 8 Tage später auch vom gesunden Menschen) intravenös injiziert worden war. Diese Gerinnungsfähigkeit seines Blutes büßte aber der Hämophile im Verlauf einiger Wochen wieder ein, doch konnte er sich 25 Tage nach der letzten Injektion noch einen Zahn ziehen lassen, ohne nennenswerte Blutung. Verf. empfiehlt die prophylaktische Blutseruminjektion bei Hämophilen, bei denen sich eine Operation nicht vermeiden läßt, und will in ähnlichen Fällen, wie dem erwähnten, große Dosen Kalziumchlorür (6 g pro die) innerlich geben.

Grunert (Dresden).

36) **Herhold** (Altona). Anwendung der Stauungshyperämie bei akuten eitrigen Prozessen im Garnisonlazarett Altona.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Nach H.'s Erfahrungen zeitigt die Stauungshyperämie bei akuten entzündlichen Prozessen — namentlich bei parasitären und Furunkeln — recht gute Erfolge, stellt aber kein Allheilmittel dar, da sie versagen kann. Bei schweren Phlegmonen sollte sie nur mit Vorsicht und sorgfältigster Überwachung verwendet werden.

Kramer (Glogau).

37) **F. Colley** (Insterburg). Beobachtungen und Betrachtungen über die Behandlung akut eitriger Prozesse mit Bier'scher Stauungshyperämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

C. bestätigt die günstigen Erfolge, welche sich bei akut eitrigen Prozessen, insbesondere bei eitriger Mastitis puerperalis, inguinalen Bubonen, Beckenexsudaten, frischen Sehnen-Scheidenphlegmonen usw. mit der Stauungshyperämie erreichen lassen. Auch in drei Fällen von akuter Osteomyelitis hat er Heilung ohne Nekrose in kurzer Zeit beobachtet. Glänzende Resultate hatte er auch bei Furunkeln und Karbunkeln — außer bei Diabetikern, bei denen leicht Gangrän eintrat — und bei nässendem Ekzem. Die Stauungshyperämie kann in wirksamer Weise durch heiße Vollbäder unterstützt werden. C. glaubt, daß sich die Bier'sche Methode ebenso unaufhaltsam ihren Weg bahnen werde, wie es der Esmarch'sche Schlauch getan hat, und das Prinzip der Stauungshyperämie bei akuter Entzündung in wenigen Jahren jedem Arzte geläufig sein werde.

Kramer (Glogau).



38) **R. Bestelmeyer.** Erfahrungen über die Behandlung akut entzündlicher Prozesse mit Stauungshyperämie nach Bier. (Aus der kgl. chirurg. Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

Die Erfahrungen der Münchener chirurgischen Klinik bestätigen, daß die Stauungshyperämie wohl imstande ist, akut entzündliche Prozesse zur Heilung zu bringen, verbunden mit kleinen Inzisionen, bei schweren phlegmonösen Erkrankungen, diesen Erfolg indes oft nicht erzielt. In diesen letzteren Fällen müssen möglichst frühzeitige Inzisionen angelegt werden, um schnell die giftigen Stoffe zu entfernen; die danach angewandte Stauungsbehandlung führt dann oft rasch zur Heilung. Das gilt besonders bei sehr virulenten, progredienten Phlegmonen und bei tief gelegenen eitrigen Prozessen am Knochen, an Sehnen und Gelenken, während bei allen nahe der Haut aufgetretenen umschriebenen Eiterungen die Resultate der Bier'schen Methode sehr günstige sind. **Kramer** (Glogau).

39) **Gebele und Ebermayer.** Über Behandlung der Gelenktuberkulose. (Aus der chirurg. Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

In der Münchener chirurg. Klinik wird der konservativen Behandlungsmethode der Gelenktuberkulose ein großes Feld eingeräumt und bei gutem Allgemeinzustand und jugendlichen Individuen, vor allem bei den Erkrankungen des Hüft-, Hand- und Schultergelenkes, mit gutem Erfolge angewandt. Von der Bier'schen Stauung wurde nur bei manchen Fällen von Granulationstuberkulose und bei Gelenkeiterung mit Fistelbildung — bei gleichzeitiger Anwendung von Jodoforminjektionen und Ruhigstellung des Gelenkes — Gutes gesehen. Bei Operationen wird nur entfernt, was krank ist. Die Resultate waren bei $^3/_4$ der operierten Kranken günstige, bei Erwachsenen schlechter als bei jugendlichen Pat. Deshalb wird für erstere empfohlen, bei ausgedehnter Erkrankung des Knochens und innerer Organe die Amputation primär vorzunehmen; mit der sekundären — nach mißglückter Resektion — kommt man oft zu spät. **Kramer** (Glogau).

40) **C. Ehrlich.** Die Behandlung akuter und chronischer Eiterungen mit Phenolkampfer. (Aus der chir. Abteil. des Garnisonlazarettes Wesel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

E. hat die von Chlumský empfohlene Behandlungsmethode mit Phenolkampferalkohol (3:6:1) in 50 Fällen von Panaritien, Phlegmonen, Furunkeln, Beingeschwüren, infizierten Wunden und tuberkulösen Fisteln usw. mit günstigstem Erfolg angewandt. Die entzündlichen Erscheinungen gingen bei akuten Fällen rasch zurück, Gelenke, in deren Nähe sich solche fanden, wurden schnell und schmerzlos beweglich, Eiterungen beschränkten sich auf den Ort der Infektion, so daß nur kleine Einschnitte notwendig waren; schmierige Wunden reinigten sich in kürzester Zeit; unangenehme Nebenerscheinungen, wie Verätzungen, Brennen, blieben immer aus; ebenso wurden Nierenreizungen nie beobachtet. E. ließ bei den feuchten Verbänden mit jener Flüssigkeit den wasserdichten Stoff fort und tamponierte Abszeßhöhlen, infizierte Wunden usw. locker mit angefeuchteten Gazestreifen; bepinselt wurden nur frische Fälle von Erysipel und Fälle von Fissura ani, bei welch letzteren die Schmerzen auffallend rasch schwanden. Nach E. besteht die Wirkung des Phenolkampfers in Erzeugung einer Hyperämie, so daß die Methode als Ersatz des Bier'schen Verfahrens da, wo ein geschultes Personal zur Überwachung des letzteren nicht zur Verfügung steht, angewandt werden könne.

Kramer (Glogau).

41) **Sonnenburg.** Die Rückenmarksanästhesie mittels Stovain und Novokain nach eigenen Erfahrungen.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 157.)

Darstellung des augenblicklichen Standes und der Technik der Rückenmarksanästhesie, Bericht über 114 Fälle mit reinem Stovain, 78 mit Stovain-Adrenalin

und 82 mit Novokain-Adrenalin. Bei reinem Stovain: 18 Versager, Anästhesie nach 3—5 Minuten bis zur Nabelhöhe und Rippenbogen, Dauer 1—1$^1/_2$ Stunden; Komplikationen: 5mal leichter Kollaps, 4mal Erbrechen, 7mal Kopfschmerzen, 10mal Rückenschmerzen. Bei Adrenalin-Stovain: 8 Versager, Anästhesie in 5 bis 10 Minuten (je 17 Minuten bei Gastrostomie), Dauer länger, öfter bis 1$^1/_2$ Stunden. Komplikationen: Kopfschmerzen 3mal, Nackenschmerzen 1mal, Erbrechen 4mal, Kreuzschmerzen 3mal, Kollaps 1mal, Steigerung einer Nephritis 1mal. Bei Novokain (0,15 g) -Adrenalin: Anästhesie nach 3—5 Minuten, kein totaler Mißerfolg, Dauer 1—2 Stunden; Nachwirkungen: leichtere Kollapse, einigemal Kopf- und Nackenschmerzen, häufiger Kreuzschmerzen.

S. betont die Wichtigkeit der Rückenmarksanästhesie für die Kriegschirurgie, speziell bei Verletzungen der unteren Extremität, ihren hervorragenden Einfluß bei Peritonitis, wo sie durch Sphinkterenlähmung noch auf dem Operationstische zu Abgang von Stuhl und Gasen führt. Allerdings ist hier Vorsicht geboten, da Verf. zweimal (eitrige Peritonitis und verjauchtes Aneurysma) Tod an eitriger Meningitis erlebte!

Über Fiebersteigerungen nach Lumbalanästhesie wird nichts berichtet, Erscheinungen, die bei Kokain- und Tropakokainisation bekanntlich sehr oft in bedenklicher Höhe auftraten. **Goebel** (Breslau).

42) C. Adam. Ein Fall von Abducenslähmung nach Lumbalanästhesierung. (Aus der Universitätsklinik für Augenkranke in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Die linksseitige, bisher ungeheilte Abducenslähmung war im Anschluß an eine Bruchoperation, die unter Lumbalanästhesie mittels Stovain ausgeführt worden war, aufgetreten, ein Ereignis, das bisher unter den ca. 1700 Fällen von Lumbalanästhesierung einzig dasteht. Ob ein ursächlicher Zusammenhang vorhanden war, ist fraglich; es wäre vielleicht denkbar, daß als Folge der Druckherabsetzung durch abgeflossene Spinalflüssigkeit eine Gefäßruptur und kleine Blutung im Kerngebiete des Abducens eingetreten war. **Kramer** (Glogau).

43) R. de Grau. Paraplegia por toxihemia urinosa; curación por medio de la uretrotomia intera.

(Arch. de terapeut. de las enfermedad. nerv. y ment. de Barcelona; ref. in Rev. de med. y cir. pract. de Madrid 1906. Nr. 922.)

50jähriger Arbeiter, der in der Jugend eine langwierige Gonorrhöe durchgemacht hatte, litt seit ca. 5 Jahren an Beschwerden beim Urinieren; der Strahl war dünn und kraftlos, und einigemal war auch komplette Urinverhaltung aufgetreten. Seit einiger Zeit hatte sich Schwächegefühl in beiden unteren Extremitäten eingestellt, das sich so steigerte, daß Pat. seiner Arbeit nicht mehr nachgehen konnte. Gleichzeitig waren Sprachstörungen und Schlafsucht aufgetreten. Pat. machte den Eindruck eines Stuporkranken. Die Untersuchung ergab zwei getrennte Strikturen im Bereiche der Pars membranacea urethrae. Es wurde daher die Urethrotomia interna vorgenommen, und der Pat. war bereits nach 4 Wochen von sämtlichen Krankheitssymptomen gänzlich befreit. G. glaubt daher, daß es sich um einen chronisch urämischen Zustand, hervorgerufen durch teilweise Urinretention, gehandelt hat. **Stein** (Wiesbaden).

44) P. Herescu und D. Danielopol (Bukarest). Über die blennorrhoische Striktur der Pars membranacea urethrae.

(Spitalul 1906. Nr. 5.)

Der Satz, daß Strikturen in der Pars membranacea nicht vorkommen, wurde lange Zeit als Dogma angesehen; Bazy und Decloux haben aber nachgewiesen, daß dies unrichtig sei; auch die Verff. konnten gelegentlich der Sektion eines mit ausgedehnten Strikturen behafteten Pat. solche auch im membranösen Teile der Harnröhre vorfinden, wo dieselbe als Fortsetzung einer solchen aus dem bulbären Teile erschien. **E. Toff** (Braila).

45) Selhorst. Treatment of cicatricial strictures of the urethra with the electrolytic needle.

(Brit. med. journ. 1906. März 24.)

Im Gegensatze zu Albarran, der 1900 auf dem Internationalen Kongreß in Paris als beste Behandlung der unkomplizierten Harnröhrenstriktur die Resektion und Plastik der Harnröhre empfahl, während ihm die zirkuläre und lineäre Elektrolyse die meisten Rückfälle gegeben habe, befürwortet S. dringend die Verwendung der elektrolytischen Nadel und berichtet über günstige Erfahrungen. Nach voraufgegangener Erweiterung der Striktur bis auf Nr. 23 Charrière und sehr gründlicher Spülung der Harnröhre mit Hydrargyrum oxycyanatum brennt er an verschiedenen Stellen mit Hilfe des Urethroskops $^1/_2$—1 cm tief in die kallösen Massen der Striktur mit der Platinnadel ein. Die Nadel entspricht dem negativen Pol einer galvanischen Batterie. S. läßt einen Strom von 4—6 Milliampères 3 Minuten lang einwirken. Nach dem Eingriffe wieder gründliche Spülung und einmal wöchentlich Einführung eines Bougies. Verf. hat niemals Epididymitis, Cystitis oder Bakteriurie u. dgl. danach beobachtet. **Weber** (Dresden).

46) J. Finsterer. Ein Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrensteine.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 140.)

Wie eine frühere Arbeit desselben Verf.s über Harnblasensteine (vgl. unser Referat in d. Zentralbl. p. 296 laufenden Jahrganges) beschäftigt sich auch vorliegende mit dem Materiale der Harnsteinsammlung der II. chirurgischen Universitätsklinik in Wien, indem die hergehörigen Steinexemplare derselben näher beschrieben werden, eines auch abgebildet wird. Indes wird die einschlägige Literatur (Verzeichnis derselben von 61 Nummern zum Schluß beigefügt) so gründlich angezogen und das fragliche Leiden überhaupt so eingehend durchgesprochen, daß die Abhandlung zu einer monographischen Erörterung vervollständigt wird. Im ganzen ist, um von den Schlußresultaten der Untersuchung einiges hervorzuheben, das Leiden selten und betrifft Männer ungleich häufiger als Frauen — es sind 14 Fälle bei letzteren, mehr als 200 bei Männern bekannt. Das am meisten betroffene Alter ist dasjenige von 40—50 Jahren, wenigstens für die »eigentlichen« Harnröhrensteine, die in der Harnröhre länger verweilen und sich dort vergrößern — Steine, die die Harnröhre nur passieren und dabei Beschwerden hervorrufen bzw. sich einkeilen, insbesondere an der äußeren Harnröhrenmündung, werden mehr bei Kindern angetroffen. Bei älteren Männern sind Strikturen als Anlaß für die Steinlagerungen in der Harnröhre von Wichtigkeit. Die Symptomatik ist wechselnd und die Diagnose häufig unsicher — oft finden sich die Steine unvermutet gelegentlich von Strikturschnitten. Prognose im allgemeinen günstig, tödlicher Ausgang selbst bei Beckenbodenphlegmone selten. Therapeutisch kommen neben unblutigen Extraktionen selten die Epicystotomie, sehr häufig die äußere Urethrotomie zur Anwendung, bei Vorhandensein von Harnröhrendivertikeln auch deren Exzision. In ca. $^1/_3$ der Fälle handelte es sich um mehrfache Steine. Größe und Gewicht der Steine unterliegen bedeutenden Schwankungen, und was deren chemische Zusammensetzung betrifft, so sind zwar die Phosphatsteine die häufigsten, doch kommen auch echte Uratsteine vor. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

47) Fuchs. Über den Einfluß des Verweilkatheters auf den spontanen Abgang eines größeren Blasenkonkrementes.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XVII. Hft. 1.)

Bericht über einen Fall von Spontanabgang eine Blasenkonkrementes bis in das vordere Drittel der Harnröhre im Anschluß an die Entfernung eines Verweilkatheters, der 3 Tage lang gelegen hatte. Verf. erklärt diesen Vorgang bei dem 73jährigen Prostatiker so, daß der Verweilkatheter auf das Orificium internum vesicae erweiternd und gewebserweichend einwirkte und dadurch das Vorrücken des Steines in die Harnröhre ermöglichte. **Grunert** (Dresden).

48) **C. Göbel.** Über Blasensteine, nach in Ägypten gemachten Erfahrungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 288.)

G. hat in Ägypten etwa 70 Blasensteinoperationen gemacht, worüber, nachdem die bezüglichen gesammelten Notizen erst nachträglich in Deutschland durchstudiert und die operativ gewonnenen Steine chemisch untersucht wurden, hier Bericht erstattet wird. Der Sitz der ägyptischen Lithiasis ist wesentlich Unterägypten, d. h. das eigentliche Nildelta, und ihr wesentlichster, häufigster Grund die Bilharziaerkrankung der Blase, die ihrerseits ebenfalls Unterägypten bevorzugt. Auch daß die Bilharziakrankheit fast nur das männliche Geschlecht und vorzugsweise Erwachsene befällt, spricht für den Zusammenhang der Lithiasisis mit ihr; denn letztere bevorzugt das gleiche Geschlecht und Alter. Exakt ist von G. bei seinen Steinkranken die Bilharziacystitis 37mal, also in mehr als 50% der Fälle nachgewiesen. Es ist G., wie auch anderen Untersuchern, hier und da gelungen, im Steindetritus Bilharziaeier oder eiähnliche Schollen, einmal auch Reste eines Wurmes nachzuweisen, doch ist anzunehmen, daß Eier, Würmer und ebenso abgelöste Teile der eigentümlichen Bilharziablasengeschwulst in der Regel nicht den ersten Keim zu einem Blasenstein abgeben, sondern daß meist der epithelialdesquamative Katarrh der Bilharziablase das wesentliche organische Material zum Steinaufbau liefert, wobei auch hervorzuheben ist, daß Steine in den an Bilharziageschwulst erkrankten Blasen selten sind. Mehrere mikroskopische Ansichten der Wandschichten distomaeierhaltiger Blasen, von kleinen Probeexzisionen bei Steinoperationen herrührend, geben eine gute Vorstellung von den histologischen Verhältnissen solcher Blasen, insbesondere von der hier interessierenden Abschilferung des wuchernden Epithels. In zweiter Linie kommen als die Steinbildung wenigstens begünstigend Harnstauungen in der Blase infolge von weichen Harnröhrenstrikturen auf der Basis der Distomiasis in Betracht. Es handelt sich hier um weiche Granulationsstrikturen, entstanden durch Ablagerung von Bilharziaeiern in der Pars membranacea und prostatica. Auch die in Ägypten übliche Art des Harnens im Hocken mag das Zurückbleiben von Residualurin begünstigen. Chemisch bestimmte G. 58 Steine als sog. »primäre« Konkretionen (Oxalate, Urate) und 11 als sekundäre (phosphorsaurer Kalk, Tripelphosphat). Der hiernach anscheinend wahrscheinliche Schluß, es müsse sich um primäre Nierensteine, die nur sekundär sich in der Blase aufgehalten hatten, handeln, trifft indes nicht zu. Erstlich war gleichzeitige Nephrolithiasis verschwindend selten, zweitens waren unter G.'s Kranken nur sehr wenig Kinder vertreten — man muß daher die meisten Steine als in der Blase selbst gebildete ansehen. Auffallend häufig (14mal) fand sich gleichzeitig mehr als ein Konkrement vor, und relativ groß ist die Zahl der kleinen bzw. leichten Steine (1,2—10 g). Von Komplikationen fand sich Prostatahypertrophie sehr selten, Leber- und Milzschwellung dagegen öfter. Die am häufigsten passende Operation der Bilharzialithiasis war der hohe Blasenschnitt, von G. in 54 Fällen ausgeführt, von denen 3 an offenbar schon präexistierender Pyelonephritis starben. Der Vorzug dieser Operation ist, daß sie gleichzeitig eine gute Lokalbehandlung der typischen Blasenerkrankung (Auslöffelung) und die beste Drainage derselben zur Nachbehandlung erlaubt. Außerdem wurden Medianschnitte und einzeln auch Lithotripsien gemacht. Die Wundheilungen scheinen den operierten Fellachen wenig Schwierigkeiten bereitet zu haben — die Epicystotomierten standen, mit oder ohne Erlaubnis, fast stets 1 oder 2 Tage post oper. auf, ohne Schaden zu nehmen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

49) **Moynihan.** Extroversion of the bladder.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Einen Fall von Blasenektopie, der bereits mehrfach erfolglos operiert war, brachte M. in folgender Weise zur Heilung: 1) Einführung zweier weicher Katheter weit hinauf in die Harnleitermündungen und Lospräparierung der ganzen vorhandenen Blasenschleimhaut. Diese bildete nach Lospräparation einen Lappen,

in dessen unterstem Teile die Harnleiterkather staken. 2) Spaltung der nun vorliegenden vorderen Mastdarmwand nach Hinaufschieben des Bauchfelles und Hineinlagerung des Blasenschleimhautlappens in die auseinander gehaltene Öffnung des Mastdarmes, und zwar nach Umdrehen des Lappens, so daß jetzt die Blasenschleimhaut in den Darm sah. Die Harnleiterkatheter wurden zum After hinaus geführt und blieben 4 Tage liegen. Das Resultat war ein sehr zufriedenstellendes. Drei Zeichnungen erläutern die Technik der Operation. **Herhold** (Altona).

50) **De Keersmaecker.** De la guérison de la cystite tuberculeuse.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1906. März.)

Verf. hat unter strenger Milchdiät und unter Anwendung der Bouillon filtré von Prof. Denys — s. dessen Arbeit »Le bouillon filtré du bacille de la tuberculose etc.«, Louvain 1905 — in 12 Fällen, nämlich 11 weiblichen und 1 männlichen Pat., 5mal Heilung, 5mal erhebliche Besserung oder sozusagen Heilung erzielt; 1mal blieb der Erfolg aus, 1mal wurde das Mittel nicht vertragen. Dies sind beachtenswerte Erfolge. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

51) **Nicolich.** Abcès de la prostate et du rein; périnéphrite suppurée causée par un furoncle.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1906. Januar 5.)

Bei einem 38jährigen Kranken entwickelten sich mehrere Wochen nach der Abheilung eines großen Nackenfurunkels die Symptome einer schweren Pyämie mit Lokalisation in der linken Lunge, den Nieren, dem perirenalen Gewebe und der Prostata. Außerdem bildeten sich am Rumpf innerhalb 12 Tagen elf kleine subkutane Abszesse. Inzision des Prostataabszesses durch die Mastdarmwand; linksseitige, mehrere Wochen später auch rechtsseitige Nephrotomie und Eröffnung eines perirenalen Eiterherdes. Langsame Erholung des aufs äußerste heruntergekommenen Kranken; vollkommene Heilung. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes vor den operativen Eingriffen ergab Staphylokokken und Streptokokken; mehrere Monate später, kurz vor der Entlassung des Kranken, war das Blut steril.

Paul Wagner (Leipzig).

52) **F. Bindi.** Sui rapporti fra furuncolo e paranefrite suppurata.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1906. Nr. 36.)

Bei einem 24 Jahre alten Manne traten 25 Tage nach Abheilung eines Rückenfurunkels Frost, Fieber, in das Bein ausstrahlende Schmerzen der linken Bauchgegend, schließlich Ödem und später eine fluktuierende Geschwulst links von der Wirbelsäule auf. Nach Inzision bis durch den M. quadratus lumbarum entleert sich Staphylokokken haltender Eiter, und es tritt schnelle Heilung ein. Verf. nimmt an, daß die vom Furunkel in die Niere gelangten Kokken durch die Gefäßanastomosen zur Eiterung der Nierenkapsel geführt haben. **Dreyer** (Köln).

53) **Thumim.** Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 29.)

Ein überzähliger Harnleiter entsteht dadurch, daß sich vom Wolff'schen Gang ein zweiter Nierengang abspaltet und mit seinem oberen Ende in die Niere hineinwächst. Auch die Anomalien betreffs der Mündungen einfacher und überzähliger Harnleiter lassen sich aus den entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen ableiten; ebenso läßt sich die Symptomatologie derselben auf theoretischem Wege so entwickeln, wie sie sich tatsächlich im Leben darstellt.

Verf. stellt die klinischen Erscheinungen an den in der Literatur niedergelegten Fällen und an einer Anzahl eigener Beobachtungen dar. Der Zustand kann symptomlos bleiben, häufig treten aber Störungen im Urinabfluß ein, z. B. unwillkürliches Harnträufeln bei Kontinenz der Blase (Einmündung eines Harnleiters in die Harnröhre oder Scheide). Größere diagnostische Schwierigkeiten erwachsen oft

bei blind endigenden Harnleitern. Einzelheiten der interessanten Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden, ebenso die Krankengeschichte des vom Verf. mitgeteilten Falles von cystisch erweitertem, überzähligem rechtem Harnleiter. Weder der Befund bei der Operation, noch die mikroskopische Betrachtung des gewonnenen Präparates führte in diesem Falle zu einer richtigen Diagnose. Die Geschwulst, von der festgestellt war, daß sie mit den Geschlechtsorganen keinen Zusammenhang hatte, wurde als eine einfache Gekröscyste betrachtet, bis eine genaue mikroskopische Untersuchung den wahren Sachverhalt aufklärte. Die Beschaffenheit des oberflächlichen Epithels der die Geschwulst auskleidenden Schleimhaut kennzeichnete diese als Abkömmling von Teilen der Harnwege. Die 23jährige Pat. genas und wurde ca. 1 Jahr nach der Operation von einem gesunden Kind entbunden. **Langemak** (Erfurt).

54) **Martens.** Beiträge zur Nierenchirurgie.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 371.)

Mitteilung einer Anzahl Krankengeschichten, darunter sechs Fälle von Nephrektomie (Steine, Pyelonephrose, Hypernephrom usw.), einmal Entkapselung einer durch (abgegangene) Steine geschrumpften Niere bei einem 13jährigen Mädchen mit ausgezeichnetem Erfolge. Die funktionelle Untersuchung des Urins (♂ wird nirgends angegeben) bestätigte stets die anderen Befunde. Es wurde lumbal, mit König'schem Schnitt operiert. **Goebel** (Breslau).

55) **M. Patel.** Un cas de néphrite lithiasique polykystique; anurie; décapsulation rénale.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1906. Januar 3.)

Die 49jährige Kranke hat schon seit langen Jahren an linksseitigen Nierensteinkoliken gelitten; mehrmals sind auch schon kleine Steinchen abgegangen. Seit 6 Tagen vollkommene Anurie. In der linken Lendengegend eine große, schmerzhafte Resistenz; auch die rechte Lendengegend ist nicht frei. Die lumbale Freilegung der linken Niere ergibt das stark vergrößerte und nach der rechten Fossa iliaca zu sich erstreckende Organ mit zahlreichen Cysten bedeckt. Wegen der Schwierigkeit der Nephrotomie wird nur eine möglichst ausgedehnte Enthülsung vorgenommen. Die nächsten beiden Tage reichlicher Urinabgang, dann wieder Anurie, Koma, Tod. Die Sektion ergab doppelseitige Steinniere, chronische Nephritis mit ausgedehnter Cystenbildung, so daß eine cystöse Nierendegeneration vorgetäuscht wurde. **Paul Wagner** (Leipzig).

56) **N. S. Pereschiwkin.** Die Diagnose der Nierensteine mit Hilfe der Röntgenographie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Aus einer Kritik der diagnostischen Hilfsmittel geht die Röntgenographie als souveräne Methode hervor, die auch unter schwierigen Verhältnissen Stich hält. Sechs Fälle werden mitgeteilt und fünf der zugehörigen Bilder reproduziert.

Wie schwierig es ist, aus dem Röntgenogramm auf die Größe der Steine zu schließen, geht aus folgenden Beobachtungen hervor: 1) Alte Frau, die offenbar sehr mager war, da bei der Tastung ein Knirschen der Steine gefühlt wurde. Steingröße auf der Platte $6{,}5 \times 10{,}0$ cm, in natura $3{,}5 \times 5{,}8$ cm. 2) Sehr fetter Mann. Steingröße auf der sehr deutlichen Platte $5{,}5 \times$ knapp $3{,}0$ cm (!), in natura $4{,}0 \times 3{,}5$ cm (!). **V. E. Mertens** (Breslau).

57) **R. Grégoire.** Un cas d'uronephrose dite intermittente.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. 1906. Nr. 6.)

Die 20jährige Kranke hatte schon von ihrem 12. oder 13. Jahr an Empfindungen in der linken Lendengegend, die sich namentlich nach körperlichen Anstrengungen steigerten. Seit 2—3 Jahren deutliche Symptome einer intermittierenden Hydronephrose, die sich mit großer Regelmäßigkeit alle 3 Wochen, aber

unabhängig von der Periode einstellten. Extraperitoneale Freilegung der linken Niere; ausgedehnte renale Retention; makroskopisch kein Nierengewebe mehr nachweisbar; deshalb Nephrektomie. Heilung. Die Untersuchung des Präparates ergab eine angeborene Stenose des Nierenbeckenendes des Harnleiters. Die intermittierenden Anfälle wurden wahrscheinlich durch eine außerdem vorhandene Drehung des Harnleiters hervorgerufen. **Paul Wagner** (Leipzig).

58) **A. Ball.** An unusual tumour of the kidney.

(Practitioner 1906. März.)

Eine 23jährige Frau bemerkte kurz nach einer Entbindung in der linken Bauchseite eine kleine Geschwulst, die innerhalb 4 Wochen zu einem kindskopfgroßen Gebilde heranwuchs, die ganze linke Hälfte des Bauches einnahm, bis zur Linea alba reichte, bei der Atmung sich nicht verschob und an der Vorderseite drei knollige Vorsprünge erkennen ließ. Die Konsistenz war mäßig fest. Die Cystoskopie ergab, daß die Einmündungsstelle des linken Harnleiters sehr eng erschien, während die rechtsseitige weit war. Durch Luy's Harnscheider ließ sich feststellen, daß die linke Niere nicht funktionierte, die rechte gesund war. Die Nephrektomie bot keine Schwierigkeiten. Die Geschwulst zeigte auf dem Durchschnitt einen gelappten Bau, die erhaltene Nierensubstanz bedeckte kappenförmig in Gestalt eines schmalen Saumes die Geschwulstmasse, die durch mehr oder weniger breite, bis in die Kelche ziehende Bindegewebsstreifen in verschiedene Felder geteilt war. Der ganzen Behandlung nach handelte es sich um eine angeborene Nierenmischgeschwulst. Manche Schnitte zeigten durchaus karzinomatösen Bau. **Jenckel** (Göttingen).

59) **Schilling** (Nürnberg). Operativ geheiltes Nebennierenkystom.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 6.)

Es handelte sich bei dem 22jährigen Mann um eine mannskopfgroße Nebennierengeschwulst, die im Epi- und rechtem Hypogastrium gelegen war, anfangs eine glatte Oberfläche, nach einigen Wochen eine flache Hervorragung zeigte, über der die Haut etwas ödematös und rötlich verfärbt wurde. Der Urin war stets normal, die Temperatur nie erhöht, obwohl das unilokuläre Kystom außer Gewebsfetzen, die aus endothelialen Wucherungen bestanden, über 1 Liter blutig-eitrige Flüssigkeit enthielt. Die große, glattwandige Höhle wurde nach Entleerung ihres Inhaltes mit Gaze ausgestopft und kam, nach mehrfach sich wiederholender Entleerung blutigen Eiters, innerhalb einiger Monate zur vollständigen Ausheilung, die bis jetzt andauert. Die Diagnose wurde durch Untersuchung der Gewebsfetzen im Erlangener pathologisch-anatomischen Institut festgestellt.

Kramer (Glogau).

60) **Mauclaire.** Synorchidie arteficielle après section du cordon pour grosses hernies ou ectopies très élevées.

(Ann. des malad. des organs génito-urin. 1906. Nr. 6.)

Die früheren Veröffentlichungen des Verf.s über die neue Operation der artefiziellen Synorchidie betrafen Fälle von Hodenektopie, Varikokele, Durchschneidung des Ductus deferens, Erkrankungen des Nebenhodens, infektiösen oder traumatischen Obliterationen des Ductus deferens; mit anderen Worten: die bisherigen Fälle von »Greffe intertesticulaire« betrafen Kranke, bei denen der Samenstrang erhalten war.

In der vorliegenden Mitteilung bespricht nun Verf. die artefizielle Synorchidie nach einseitiger oder doppelseitiger Durchschneidung des Samenstranges. Er teilt zunächst drei Fälle von sehr großen, resp. rezidivierenden Leistenbrüchen mit, wo er die Radikaloperation so vornahm, daß er nach Durchschneidung des Samenstranges in der Höhe des inneren Leistenringes den ganzen Leistenkanal vollkommen verödet. Der Hode wurde durch künstliche Synorchidie mit dem anderen vereinigt. Bei allen drei Kranken trat Heilung ein; bei zwei Kranken war eine

geringe Verkleinerung des »angepflanzten« Hodens eingetreten, der aber im übrigen vollkommen normal erschien.

Bei doppelseitigen großen Leistenbrüchen würde Verf. daran denken, die totale Durchschneidung des Samenstranges mit nachfolgender Synorchidie entweder gleichzeitig oder in zwei Sitzungen auf beiden Seiten vorzunehmen; er glaubt nicht, daß die zusammengepflanzten Hoden vollkommen atrophieren werden.

Des weiteren teilt Verf. einen Fall von doppelseitigem Leistenhoden bei einem 15jährigen Knaben mit. Auf der rechten Seite konnte der Hode in den Hodensack heruntergeholt werden; auf der linken Seite gelang dies erst nach totaler Durchschneidung des Samenstranges. Greffe intertesticulaire; Heilung. — Nach einigen Monaten war der »angepflanzte« Hode nur um weniges kleiner als der der anderen Seite.

Wenn also auch die unmittelbaren Operationsresultate der operativen Synorchidie sehr ermutigend sind, so muß man doch erst abwarten, wie sich die Ergebnisse nach längerer Zeit gestalten. **Paul Wagner** (Leipzig).

61) H. Lenhartz. Über die Unterbindung der Venen zur Bekämpfung des Puerperalfiebers.

(Med. Klinik 1906. Nr. 7.)

Seit März 1903 hat L. sieben Puerperalfieberfälle Kümmell und einen Sick zur Operation überwiesen (Krankengeschichten). In allen Fällen hatte L. einseitige septische Thrombose — hauptsächlich auf Grund der Abtastung der Parametrien — angenommen und zur Unterbindung der Spermatica, einigemal auch der Hypogastrica geraten. Kümmell ging extra-, Sick transperitoneal vor. In der Tat erwies sich die Erkrankung stets als einseitige, doch hatte in drei Fällen der septische Vorgang bereits die Cava erreicht. Alle Pat. starben bis auf eine, die als einzige zweizeitig, zunächst mit Unterbindung der Hypogastrica, später der Spermatica, operiert wurde. — Im ganzen sind bisher 28 operierte Fälle mit 25% Heilungen bekannt. Die Schwierigkeiten liegen in der Bestimmung des richtigen Zeitpunktes für den Eingriff und in dessen Größe. **Georg Schmidt** (Berlin).

Berichtigung.

In Nr. 19 dieser Zeitschrift hatte ich über zwei Fälle von schwerer Respirationsstörung infolge medullärer Stovainanästhesie berichtet, ohne eine Erklärung für die außergewöhnlich hochgehende und intensive Wirkung des neuen Mittels zu finden. Inzwischen bin ich durch die Herren Kollegen Dr. Junghans in Liegnitz und Dr. Betz in Colmar darauf aufmerksam gemacht worden, daß ich mich in bezug auf die Dosierung des Stovains in einem folgenschweren Irrtum befunden habe. Ich habe auf die in der linken unteren Ecke der weißen Etikette befindlichen Worte »par centi-cube« nicht acht gegeben und die Überzeugung gehabt, der Inhalt der ganzen Ampulle des Billon'schen Originalpräparates enthalte 0,04 Stovain. — Es hat dabei Fall II nicht, wie ich annahm, 0,064, sondern 0,104 Stovain erhalten, mithin eine bisher, soviel mir bekannt, nicht angewandte, weil toxische Dosis. Freilich habe ich in den meisten Fällen die Ampulle nicht bis auf den letzten Tropfen entleert; es kämen also vielleicht 0,004 Stovain in Fortfall; immerhin beträgt die injizierte Menge nicht unter 0,1. —

In Fall I ist dem Pat. statt 0,04 fast die doppelte Dosis, d. h. ca. 0,08 Stovain injiziert worden, also auch zuviel. Wenn ich nun auch hiermit den groben Irrtum als Fehlerquelle und wahrscheinliche Erklärung der Hypereffekte unumwunden anerkennen und zugestehen muß, so glaube ich dennoch an einer inkonstanten Reaktion des menschlichen Organismus auf dieselbe Stovaindosis festhalten zu müssen; denn dasselbe Quantum — 0,07—0,08 — Stovain (fast der ganze Inhalt der Originalampulle) hat mir unter 31 sonst einwandsfreien Fällen 3mal einen völligen Mißerfolg gegeben, obgleich der Liquor flott abfloß und die Injektion an anscheinend sonst

gesunden kräftigen Männern ausgeführt wurde, mithin ein technischer Fehler, soweit ich beurteilen kann, nicht vorlag. In 10 Fällen trat tadellose Anästhesie ohne irgendwelche bedrohliche Nebenerscheinungen ein, während in den übrigen 19 Blässe des Gesichts, Erbrechen, Schweißausbruch beobachtet und der Puls kleiner und langsamer wurde. — Das häufige Auftreten letztgenannter Symptome ist mir nun natürlich auch ganz erklärlich, seit ich weiß, daß ich fast stets mit zu hohen Dosen gearbeitet habe. — Meine Befürchtungen und die daran geknüpften praktischen Hinweise muß ich daher als müssig zurücknehmen, so lange sich bei normalen Dosen nicht ähnliche Zwischenfälle ereignen sollten. — Zur Erklärung meines verhängnisvollen Irrtums darf ich vielleicht hinzufügen, daß mir die Originalampullen mit dem Bemerken übergeben wurden, der Inhalt einer Ampulle sei sofort gebrauchsfähig und entspräche genau den von Prof. Bier gebrauchten Injektionen, was ja tatsächlich stimmt — nur in bezug auf das Quantum habe ich den Lieferanten mißverstanden. Dazu kommt, daß gerade die ersten drei Fälle ohne üble Zufälle mit tadelloser Anästhesie verliefen. — Zum Glück hat mein Versehen niemanden dauernd geschädigt, ich selbst aber habe mir die entsprechende Lehre gezogen und bin unfreiwillig in die Lage geraten, einen Beitrag zur Kenntnis der Wirkung toxischer Stovaindosen geliefert zu haben.

Diejenigen Herren Kollegen, die mich in liebenswürdiger Weise brieflich interpelliert und dadurch zur Klärung des Sachverhaltes verholfen haben, bitte ich meinen aufrichtigen Dank entgegen zu nehmen.

Reval, 5. Mai 1906.

Dr. ***W. Greiffenhagen.***

Nachtrag zu dem Artikel „Zur Technik der Gastroenterostomie und Enteroenterostomie“ in Nr. 20. d. Bl.

Von Herrn Dr. Brunner in Zürich wurde ich darauf hingewiesen, daß Doyen bereits vor mehreren Jahren eine ähnliche Messerquetsche konstruiert hat. — Ferner möchte ich noch hinzufügen, daß man mit dem Instrument am besten die vordere Gastroenterostomie (eventuell mit der Braun'schen Anastomose) ausführt. Für die hintere Gastroenterostomie ist es zweckmäßig, zunächst eine Reihe Knopfnähte zwischen Magen und Darm anzulegen, dann die Löcher zu bohren und durch diese das Instrument einzuführen.

Dr. ***Eugen Joseph.***

Zur Aufklärung.

Die Bemerkung Lotheissen's in seiner Publikation in diesem Blatte Nr. 21 über die »punktförmigen Hämorrhagien im Wurmfortsatz«, er habe einige Male gerade auf der Kuppe einer solchen Hämorrhagie ein ganz minimales oberflächliches Ulcus gesehen, läßt mich annehmen, daß er ganz andere Blutaustritte vor Augen hat als ich. Die Hämorrhagien, die ich meine, sind gruppenweise angeordnet, in kleinen Kreisen, und sehen so aus, als wären sie mit einer feinen Nadel gestochen. Deswegen habe ich das punktförmige Aussehen betont. Von Erosion oder Ulzeration ist dabei nichts zu sehen; die einzelnen Blutpunkte — niemals Flecken — erscheinen bloß ganz wenig über die Schleimhautoberfläche, wie kleinste Pünktchen oder Knöpfchen, erhaben und haben immer das Aussehen frischer kapillärer Blutaustritte. Diese punktförmigen, gruppenweise angeordneten, frischen Blutaustritte in die obersten Lagen der Schleimhaut habe ich gemeint.

***Bayer** in Prag.*

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. **Sonnabend, den 16. Juni.** **1906.**

Inhalt: I. F. v. **Mangoldt,** Über die Bedeutung des Bruit de pot fêlé am Abdomen. — II. C. **Hofmann,** Der Unterschied zwischen der Beckenbodenplastik und der Dammplastik mit Rücksicht auf den Rektalprolaps. (Original-Mitteilungen.)

1) **Van Hook,** Kurze Hautschnitte bei Operationen. — 2) **Heusner,** Die Anlegung der Schnitte bei den Bruchoperationen. — 3) **Knott,** Perforationsperitonitis. — 4) **Kownatzki,** Puerperalperitonitis. — 5) **Krecke,** 6) **Füth,** 7) **Davis,** Appendicitis. — 8) **Waldeyer,** Hernien. — 9) **Berndt,** Schenkelbruch. — 10) **Leven** und **Barret,** Röntgenoskopie des Magens. — 11) **Ries,** Magengeschwür. — 12) **Tait,** Darmanastomosierung. — 13) **Tédenat,** Afterdehnung. — 14) **Mayo,** Mastdarmkrebs. — 15) **Kraske,** Mastdarmresektion. — 16) **Legrand,** Milzabszeß.

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 18) **Downie,** Fremdkörper in der Speiseröhre. — 19) **Pollack,** Speiseröhrenstriktur. — 20) **Kümmell,** Tuberkulose der Speiseröhre. — 21) **Erdmann,** Cardiospasmus. — 22) **Meleschin,** Bauchdeckenzerreißung. — 23) **Riedel,** 24) **Federschmidt,** Bauchkontusionen. — 25) **Daxenberger,** Zwerchfells- und Magenriß. — 26) **Voswinckel,** Subkutane Verletzungen des Magen-Darmkanales. — 27) **Conte,** Peritonitis. — 28) **Aleksinski,** Appendicitis. — 29) **Rudnew,** 30) **Ssamochozki,** 31) **Arkel,** Leistenbrüche. — 32) **Telford,** Nabelbruch. — 33) **Gerhartz,** Zur Magenausheberung. — 34) **Eve,** Gastroptosis. — 35) **Purpura,** Sanduhrmagen. — 36) **Nicoll,** Angeborene Pylorusenge. — 37) **Jonnesco** und **Grossman,** Pylorospasmus. — 38) **D'Arcy-Power,** Gastrojejunostomie. — 39) **v. Huber,** Innere Einklemmung. — 40) **Spassokukozkaja,** Darmresektion. — 41) **Suarez,** Analfistel. — 42) **Georgi,** 43) **Rabinowitsch,** Milzverletzung. — 44) **Long,** Choledochusverschluß. — 45) **Brugsch** und **König,** Pankreasentzündung.

I.

Über die Bedeutung des Bruit de pot fêlé am Abdomen.

Von

Hofrat Dr. F. v. **Mangoldt** in Dresden,
Carolahaus.

Das Geräusch des »gesprungenen Topfes«, Bruit de pot fêlé, auch Münzenklirren, Schettern mit metallischem Beiklang genannt, ist jedem Arzte von der Perkussion des Thorax her geläufig. Wo es sich über den Lungen bei Phthisis nachweisen läßt, gilt es als sicheres Zeichen eingetretener Höhlenbildung.

Über das Auftreten dieses Geräusches am Abdomen finden sich in der Literatur nur spärliche Angaben, und doch kommt diesem physikalischen Symptom am Abdomen in diagnostischer Hinsicht eine besondere Bedeutung zu.

Unter normalen Verhältnissen läßt sich dasselbe meiner Erfahrung nach am Abdomen nicht nachweisen; wo es auftritt, handelt es sich um abnorme Flüssigkeitsansammlung und Luftgehalt des Darmes in Verbindung mit Beengung desselben. Am toten herausgeschnittenen Darme kann man dasselbe überall leicht hervorrufen, wenn man ihn mit Flüssigkeit und Luft anfüllt und dann den Darm perkutiert. Verstärkt wird dabei das Geräusch, wenn man den Darm an einer Stelle knickt, so daß Luft und Flüssigkeit bei der Perkussion die enge Stelle passieren müssen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse am lebenden Darme, weil der beständig wechselnde Tonus der Darmschlingen, ihr wechselnder Füllungszustand offenbar für gewöhnlich eine abnorme Füllung des Darmes mit Luft und Flüssigkeit hindert, und somit die Bedingungen fehlen, unter denen dieses physikalische Symptom auftreten kann.

Wo also dieses eigentümliche Schettern mit metallisch klirrendem Beiklang am Abdomen während des Lebens auftritt, da handelt es sich um Darmstörungen, die auf abnorme Flüssigkeitsansammlung, vermehrten Luftgehalt und Darmbeengung hinweisen. Diese Störungen können rasch vorübergehender Natur oder bleibende sein, und wird sich dementsprechend das geschilderte Symptom nur vorübergehend oder dauernd nachweisen lassen.

Zuerst hörte ich das Bruit de pot fêlé am Abdomen in fünf Fällen nach Blinddarmentzündung, als sich im Laufe der 2.—3. Woche nach Beginn des Anfalles unter Wiederansteigen des Fiebers ein Abszeß in der Ileocoecalgegend entwickelte. Anfangs war ich der Meinung, daß das Schettern von einer Abszeßhöhle herrühre, welche vor dem Coecum gelegen sei, und in welcher sich Flüssigkeit und Luft befänden. Bei operativer Eröffnung derartiger Abszesse fand ich dieselben jedoch nicht, wie angenommen, vor dem Coecum, sondern regelmäßig hinter demselben und hinter dem Colon ascendens gelegen, so daß der Abszeß erst nach Abtamponade der freien Bauchhöhle und nach Lüftung des Coecums eröffnet und nach außen geleitet werden konnte. In Fällen, bei welchen der Abszeß direkt der vorderen Bauchwand anlag, konnte ich im Gegensatz dazu dieses Symptom nicht nachweisen. Es ist also auf Grund des Bestehens oder Nichtbestehens dieses Symptoms möglich, die Differentialdiagnose zwischen retro- und praecoecaler Lage des Abszesses zu stellen. Das Bruit de pot fêlé kommt in derartigen Fällen wohl dadurch zustande, daß der hinter dem Coecum und Colon ascendens gelegene Abszeß diese Darmteile gegen die vordere Bauchwand drückt, dieselben mechanisch beengt oder lokal peritonitisch lähmt, so daß die Luft in diesen Darmteilen staut, der Darm gebläht wird, eine vermehrte Exsudation in das Darminnere stattfindet und damit die Bedingungen gegeben sind,

auf denen dieses eigentümliche Geräusch beruht. Verstärkt wird das Geräusch dadurch, daß nach aufwärts hin durch den Abszeß das Colon ascendens mehr oder weniger beengt wird.

Wo dieses Symptom nach Perityphlitis in der 2.—3. Woche auftritt und bei wiederholter Perkussion regelmäßig an derselben Stelle, meist am Außenrande des Musculus rectus gegen die Spina anterior superior hin, gehört wird, kann man mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit einen retrocoecal gelegenen und hinter dem Colon ascendens hinaufsteigenden Abszeß diagnostizieren.

Des weiteren beobachtete ich das Symptom bei Darmverengung durch Knickung (Hernia obturatoria), Tumor (Darmsarkom), Narbenstenose, sowie nach Enteroanastomose, die sich offenbar späterhin wieder verengt hatte, über der zuführenden Darmschlinge, wenn in dieser infolge der Stenose Stauungserscheinungen aufgetreten waren.

Somit scheint diesem Symptom noch eine weitere Bedeutung zuzukommen, die darin liegt, daß es uns unter Umständen einen wertvollen Hinweis für das Bestehen einer Darmverengung und über die ungefähre Lage derselben gibt.

Abgesehen davon hörte ich es, jedoch nur vorübergehend, über der Flexura sigmoidea nach Einlauf, ferner bei schlaffen Bauchdecken über dem dilatierten und gesenkten Magen, endlich bei Diastase der Bauchdecken nach Laparotomie.

II.

(Aus der chirurg. Abteilung des Neuen Krankenhauses zu Kalk-Köln.)

Der Unterschied zwischen der Beckenbodenplastik und der Dammplastik mit Rücksicht auf den Rektalprolaps.

Von

Dr. C. Hofmann.

Normalerweise wird das Rektum von dem Teil des Beckenbodens gleichsam getragen und dadurch in seiner Lage erhalten, der vom Steißbein und den Weichteilen bis zur hinteren Umrandung des Anus gebildet wird. Dieser Teil des Beckenbodens — wenn man die ganze Partie von der Kreuzbeinspitze bis zur Vagina bzw. dem Scrotum als Beckenboden bezeichnet und den sog. Damm in die Bezeichnung »Beckenboden« mitfaßt — stellt in der Fortsetzung der Kreuzbeinaushöhlung und mit ihr zusammen einen nach innen konkaven Raum dar, in dem das Rektum nach vorn konkav und nach hinten konvex eingebettet liegt. Nur die ganz kurze Analpartie hat eine zu dieser Verlaufsrichtung winklige Stellung und liegt mehr gerade gerichtet, mündet aber in einer grubenförmigen Vertiefung.

Aus dieser anatomischen Lage des Rektums, die keineswegs unbekannt ist, sondern auf allen Bildern der einschlägigen anatomischen Lehr- und Handbücher deutlich zum Ausdruck kommt, geht unzweifelhaft hervor, daß der »Damm« — die Partie zwischen vorderer Umrandung des Anus und Scrotum bzw. Vagina — für die Lagerung des Rektums und vor allem für die Erhaltung der Lage des Rektums bedeutungslos ist. Hätte der Damm für die Erhaltung der Lage des Rektums Wert, dann müßte bei jedem größeren post partum entstandenen Dammriß ein Rektalprolaps entstehen. In Wirklichkeit ist dies aber, wie hinlänglich bekannt, nicht der Fall. Selbst da, wo sich der Riß bis weit ins Rektum erstreckt, kommt noch lange kein Ergebnis zustande, das wir mit dem Namen des Rektalprolapses bezeichnen könnten. Die Rektalschleimhaut wird wohl von vorn her sichtbar, sie verändert aber nicht wesentlich ihre Lage, und noch viel weniger treten größere Teile des Organes oder gar das ganze Rektum vor den Anus heraus. Das ist natürlich und weiter nicht wunderbar; denn die Einlagerung des Rektums in die Aushöhlung, wie sie vom Kreuzbein, Steißbein und dem daran anschließenden fleischigen Beckenboden gebildet wird, erleidet keinerlei Störung. Das Rektum wird in seinem Lager von dem stützenden Boden getragen und kann trotz des größten Dammrisses nicht prolabieren.

In einer früheren Arbeit[1] habe ich auf die anatomischen Verhältnisse ausführlich hingewiesen und durch einige schematische Figuren die Lagerung des Rektums bei normalem und bei geschädigtem Beckenboden — wobei der eigentliche Damm in die Bezeichnung nicht einbezogen ist — veranschaulicht. Auch dort habe ich bereits darauf hingewiesen, daß bei Kindern die eben besprochene Exkavation des Beckenbodens besonders durch eine größere Geradestellung des Steißbeines noch fehlt, daß sie sich vielmehr erst im Laufe der Jahre ausbildet, und daß gerade dadurch in erster Linie der temporäre Prolaps des Rektums bei Kindern zustande kommt. Es ist wohl nicht zuviel gesagt, wenn ich von einem temporären Prolaps bei Kindern spreche, denn die spontanen Heilungen bei Kindern sind bekannt und finden ihre natürliche Erklärung in der allmählich zur Norm ausgebildeten Exkavation des eigentlichen Beckenbodens und der dadurch hervorgerufenen normalen Lagerung des Rektums.

In voller Würdigung dieser anatomischen Tatsachen habe ich in meiner früheren Arbeit eine von den bisherigen Operationsmethoden zur Beseitigung des Rektalprolapses in Ziel und Ausführung prinzipiell abweichende Beckenbodenplastik angegeben. Das Vorgehen ist der Dammplastik nach Lawson-Tait zur Beseitigung des Uterusprolapses technisch verwandt. Ziel und Zweck der Beckenbodenplastik ist die Wiederherstellung und Verlängerung des fleischigen Teiles des Beckenbodens zwischen Steißbeinspitze und Anus. Dadurch wird das nach innen konkave Widerlager für das Rektum

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1905. Nr. 35.

wieder neu hergestellt bzw. nach vorn verlängert, und für die Analöffnung wieder die normalerweise vorhandene grubenförmige Einstülpung gebildet. Diese grubenförmige Einstülpung geht nämlich beim Rektalprolaps verloren infolge der Geraderichtung des Organes und der dadurch bedingten scheinbaren Verlängerung.

Jede vom Damm her gegen den Rektalprolaps geführte plastische Operation, wie sie beispielsweise v. Ott[2] angegeben hat und auf die er neuerdings[3] wieder verweist, »verengert und verlängert etwas den unteren Darmabschnitt«. Diese Verengerung und Verlängerung des Anus bzw. Rektums kann und darf aber keineswegs das Ziel einer rationellen Beckenbodenplastik sein, bei der durch die normale Lagerung der Analöffnung nach dem Damm zu sogar eine, wenn auch nur scheinbare, Verkürzung und die normale grubenförmige Einsenkung des Anus geschaffen werden soll.

Dammplastik und Beckenbodenplastik sind in ihrer Wirkung auf die Lagerung des prolabierten Rektums sehr verschiedenartig. Die Perineoplastik führt in Verbindung mit einer Verengerung des Anus geradezu eine unerwünschte Geraderichtung des Rektums herbei, der wir mit unserer Beckenbodenplastik zielbewußt entgegenarbeiten. Wie so manche andere den Anus verengernde Operationsmethode wird die Perineoplastik auch in einzelnen Fällen den Erfolg für sich haben können. Deswegen bleibt sie aber, wie die anderen auf Verengerung des Anus abzielenden Modifikationen, doch etwas prinzipiell von der Beckenbodenplastik Verschiedenes.

Weitere noch nach meiner früheren Publikation von mir operierte Fälle haben ebenfalls durch den Erfolg die Richtigkeit aller Voraussetzungen der Beckenbodenplastik erwiesen. Sie ist sicher ein rationelles und anatomisch begründetes Vorgehen in der Behandlung des Rektalprolapses.

---

1) **Van Hook.** On short incisions in certain common operations.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1905. Nr. 1.)

Verf. wendet bei zahlreichen Operationen kleinste Knopflochschnitte systematisch an. Bei Halsdrüsenexstirpation macht er innerhalb der Bartgrenze resp. Haargrenze einen 1 Zoll langen Einschnitt und holt stumpf subkutan die Drüsen heraus. Er wünscht besonders exakten Verschluß des Platysma, weil sonst die Verwachsung zwischen äußerer Haut und tieferen Geweben Einziehungen der Narbe macht. Rezidive glaubt Verf. durch Allgemeinbehandlung des Pat. verhindern zu können; Verf. vernäht alle Wunden primär im Gegensatze zu v. Mikulicz, der sehr gern tamponierte, um dadurch Rezidive zu vermeiden. Bei Empyem macht Verf. ebenfalls nur 1 Zoll große

[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1900. Nr. 28.
[3] Zentralblatt für Chirurgie 1906. Nr. 18.

Inzisionen, interkostal, ohne Rippenresektion. Verf. entleert den Eiter durch Aspiration; Verletzungen der Interkostalarterie konnten fast immer vermieden werden, eventuelle Blutungen standen auf Tamponade.

Als Operation der Wahl bei Cholelithiasis (Cysticusverschluß und Cholangitis) macht Verf. am äußeren Rande des M. rectus einen etwa $^3/_4$ Zoll langen Einschnitt etwa $1—1^1/_2$ Zoll unterhalb des Rippenbogens. Mit dem Finger wird stumpf eingegangen, das Bauchfell mit Zangen ausgestülpt. Die Gallenblase wird mit feinen Hakenzangen vorgezogen und an der Aponeurose mit Catgut vernäht, damit sie sich bald zur Vermeidung einer Gallenfistel retrahieren kann. Drainage für 36 Stunden. Chronische und akute Appendicitis wird durch ebenfalls nur 1 Zoll lange Inzision, parallel den Fasern der Aponeurose des M. obliquus ext., etwas oberhalb des MacBurney-Punktes angelegt, operiert. Verf. geht mit einem Finger ein, durchbohrt stumpf das Bauchfell und holt im Dunkeln unter Führung der Finger mit einer Klemme den Wurmfortsatz vor die Wunde. Die suprapubische Cystektomie macht Verf. mit demselben kleinen Schnitt, unmittelbar oberhalb des Os pubicum in der Linea alba. In die vorher stark gefüllte Blase wird der Finger eingeführt, die Blutungen stillt Verf. mit Klemmen, die er in der Wunde liegen läßt. Zum Schluß empfiehlt er die perineale Prostatektomie sogar von einem nur event. $^1/_4$ Zoll langen Schnitt.

Helle (Wiesbaden).

---

2) **Heusner.** Über die Anlegung der Schnitte bei den Bauchoperationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

H. bespricht zunächst die anatomischen Verhältnisse der Bauchwand, namentlich inbezug auf den Verlauf ihrer Muskeln und Nerven und auf die Lagerung der Langer'schen Cutisfaserung und im Anschluß daran die bei den verschiedenen Bauchoperationen bisher üblichen Schnitte durch die Bauchdecken, um schließlich die von ihm seit 2 Jahren angewandte Methode zu schildern, die sich ihm im allgemeinen als vorteilhafter als die der senkrechten Medianschnitte erwiesen hat. Er legt Querschnitte an durch einen oder beide Recti und selbst seitlich darüber hinaus, macht sie am oberen Bauche (bei Operationen am Magen, Gallenblase, Leber, Pankreas, Querkolon) etwas nach oben, am unteren ziemlich stark nach abwärts ausgebogen (bei Operationen am Dünndarm und den Beckenorganen), sonst ganz horizontal. Die durchschnittenen Muskelbäuche müssen bei der Naht mit Klauenschiebern hervorgezogen werden, passen allerdings mit ihren Enden nicht genau aufeinander und müssen tief gefaßt werden, um nicht auszureißen; die Linea alba bleibt unversehrt. Die Narben erwiesen sich als fester und feiner als beim Medianschnitte; nachfolgende Brüche wurden bis jetzt nicht beobachtet.

Kramer (Glogau).



3) **Knott.** Treatment of acute perforation of the upper abdominal viscera.

(Surgery, gynaecology and obstetrics 1905. p. 493.)

Diagnostisch wichtig zur Erkennung der Perforationsperitonitis in der oberen Bauchhälfte hält Verf. den primären Druckschmerz in der Nabelgegend, das initiale Erbrechen und besonders die Muskelsteifigkeit der Bauchdecken. Die Muskelsteifigkeit soll am rechten Rectus mehr ausgesprochen sein, als am linken. Später kommt die Facies hinzu; Temperaturerhöhungen sind weniger konstant, aber sehr regelmäßig ist die immer konstant steigende Pulszahl. Verf. warnt vor Morphium, da es das Bild trübt. Als differentialdiagnostisch wichtig gegenüber der Perityphlitis hält Verf. die Muskelrigidität; außerdem ist die Temperatur bei Blinddarmerkrankung remittierend.

Verf. hat 6 Perforationsperitonitiden des oberen Bauchraumes, 2 vom Magen, 1 vom Duodenum und 3 von der Gallenblase ausgehend, durch Operation geheilt. Als erste Bedingung wichtig ist, nicht zuviel tun, event. nur Inzision am Orte der Erkankung und womöglich Gegeninzision gerade oberhalb der Symphyse. Der Bauch wird mit möglichst viel Kochsalz ausgespült und möglichst viel Flüssigkeit in der Bauchhöhle dringelassen. Nach der Operation muß der Kranke dann dauernd sitzen, damit jetzt aus dem oberhalb der Symphyse liegenden Drain ein guter dauernder Abfluß möglich ist. Bei Magen und Darmperforation macht Verf. nicht Enterostomien, sondern nur möglichst schnelle direkte Naht, bei Gallenblase nur Fisteln. Die Peritonitiden kamen zum Teil 24 Stunden nach der Perforation zur Operation.

Helle (Wiesbaden).

---

4) **Kownatzki.** Zur Behandlung der freien puerperalen Peritonitis mit Laparotomie und Drainage.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Die anfänglich vergeblichen Versuche, puerperal infizierte Frauen durch Laparotomie zu retten, sind in letzter Zeit von Erfolg gewesen, seitdem man sich auf Inzisionen in den Leistengegenden und Gegeninzisionen an der tiefsten Stelle der Lende und nachfolgende Drainage mit Gummiröhren beschränkte. Alle Spülungen und alles Austupfen der Bauchhöhle wurden vermieden. Fünf geheilte Fälle werden vorgestellt; zwei wurden als aussichtslos nicht mehr operiert, zwei starben trotz Operation, weil schon allgemeine Septopyämie vorhanden war.

Das Wichtigste ist eine möglichst frühzeitige Diagnose der Peritonitis. Verf. empfiehlt sehr warm eine frühzeitige Probepunktion mit einer Pravaz'schen Nadel, die ungefährlich ist. Sobald die Diagnose gestellt ist, soll operiert werden, da es unsicher ist, sich auf eine Abkapselung zu verlassen oder erst später die lokalisierten Abszesse zu öffnen.

Langemak (Erfurt).

---

5) **Krecke** (München). Können wir die schweren, die sofortige Operation erfordernden Appendicitisfälle erkennen?

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

K. kommt bei Beantwortung obiger Frage zu folgenden Schlüssen: Das sicherste Symptom der Appendicitisdestruktion ist die schmerzhafte Bauchdeckenspannung; sie indiziert die sofortige Operation. Nur wenn dieses Zeichen völlig fehlt, und auch keine sonstigen beängstigenden Erscheinungen vorliegen, darf man sich mit der Annahme einer Appendicitis simplex beruhigen. Eine Steigerung der Pulszahl auf 100 und mehr Schläge ist in der Regel ein sicheres Zeichen der destruktiven Appendicitis und verlangt die sofortige Operation; eine niedrige Pulszahl darf uns nicht zur Annahme einer leichten Erkrankung verleiten. Heftiges mehrmaliges Erbrechen und lebhafte, durch Eisbeutel nicht zu stillende Schmerzen machen immer das Vorhandensein einer schweren Appendicitis wahrscheinlich. Das Verhalten der Temperatur ist für die Beurteilung der Art der Appendicitis ohne besondere Bedeutung. Die Beschleunigung der Atmung und das Auftreten des kostalen Atmungstypus sind immer höchst ungünstige Zeichen. Ein ungünstiges Symptom ist für die Beurteilung des Falles von größerer Bedeutung als vier günstige. Bei der Diagnose »destruktive Appendicitis« ist die Operation innerhalb der nächsten 2 Stunden vorzunehmen. **Kramer** (Glogau).

---

6) **Füth.** Über die hohe Mortalität der Perityphlitis während der Schwangerschaft. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß die Perityphlitis während der Schwangerschaft eine große Gefahr für die Mutter bedingt, die Zahl der schweren Erkrankungen und tödlichen Ausgänge vom 4. Monat an zunimmt. 10 Fällen im 2.—3. Monate mit 3 Todesfällen stehen 32 Fälle mit 19 Todesfällen vom 4.—9. Monate der Schwangerschaft gegenüber! F. weist darauf hin, daß vom 4. Monat an der schwangere Uterus das kleine Becken vollständig ausfüllt und einem Abszeß den Weg nach unten versperrt, daß er außerdem den Blinddarm mit dem Wurmfortsatze nach oben hin verlagert. Auch Frühoperationen haben infolgedessen nicht die günstigen Aussichten, wie sonst. **Kramer** (Glogau).

---

7) **Davis.** A transverse incision for the removal of the appendix.

(Annals of surgery 1906. Januar.)

Verf. bespricht die üblichen drei Methoden zur Exstirpation des Wurmfortsatzes, die an der Außenseite des Rectus, die McBurney'sche durch die Muskeln 1 cm nach innen von dem Darmbeinstachel und die quere Elliot'sche. Die Inzision durch den M. rectus verwirft er,

während er die an der Außenseite dieses Muskels gelegene im allgemeinen der McBurney'schen vorzieht. Für am besten hält er eine von ihm modifizierte Elliot'sche Methode, welche folgendermaßen ausgeführt wird. $1^1/_2$ Zoll großer transversaler Schnitt, dessen Zentrum in der Linea semicircularis und in der Höhe des Darmbeinstachels liegt. Sämtliche Muskeln und das Bauchfell werden in der Richtung des Hautschnittes durchtrennt, der M. obliquus externus etwas schräg. Dann wird die vordere Scheide des M. rectus etwas eingekerbt und hierauf der Muskel median verzogen und die dahinter liegende Fascia transversa und das Bauchfell, soweit erforderlich, etwas eingeschnitten. Bei schwierigeren Verhältnissen wird der Schnitt nach dem Darmbeinstachel zu entsprechend vergrößert. Die Vorteile des Schnittes bestehen in der Verhütung der Verletzung von Nerven und Gefäßen und dem Vermeiden eines Bauchbruches. **Herhold** (Altona).

---

8) **W. Waldeyer.** Einiges über Hernien.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 53.)

W. unterscheidet bei der Entstehung der Brüche zwischen vorbereitenden und veranlassenden Ursachen. Letztere bestehen in Erhöhung des intraobdominellen Druckes usw.; sie führen zum »Merkbarwerden« der Hernie. Die ersteren hat man in angeborene und erworbene unterschieden. In bezug auf die erworbenen Ursachen wird zuerst der operative Bruch ausgeschaltet, denn er stellt, da meist ein Bruchsack fehlt, richtiger nur einen »Prolapsus subcutaneus« dar.

Die Hauptursache aller Brüche ist nach Verf. angeboren, eine von vornherein gegebene, nicht zurückgebildete oder gar zu weit entwickelte Anlage der Bruchpforte, eine entwicklungsgeschichtliche Hemmung. Verf. stützt diese Ansicht, die auch für die intraabdominalen Hernien (Brösike) Geltung hat, auf zahlreiche Befunde an Erwachsenen, Föten und Neugeborenen. Es ist ganz auffallend, wie oft man bei Leuten, die einen Bruch haben, noch die Anlagen zu einem zweiten, dritten, ja selbst vierten Bruch, d. h. leere Bruchsäcke in mehr oder minderer Ausbildung, antrifft. Verf. zitiert Ansichten von chirurgischer Seite über diese Frage, die den seinigen bekanntlich sehr nahe kommen.

Es werden dann noch zwei Fälle seltener Bruchformen: Hernia inguinalis supravesicalis (mit Netzinhalt) und Hernia spinotuberosa mit dem geschrumpften Ovarium als Inhalt, also eine Oophorocele spinotuberosa, mitgeteilt, und ein warmes Wort für eine rationelle Nomenklatur der Hernien gesprochen, für die W. seit langem eintritt. Nach den drei flachen Gruben an der hintern (serösen) Fläche der vorderen Bauchwand, der Fovea inguin. later. (lateral von der Plica epigastica [Art. epig. inf.]), der Fov. ing. med. zwischen Plica epig. und Ligam. umbil. lat. und der Fov. supravesicalis zwischen Lig. umbil. lat. und medium werden die Leistenbrüche in lat., med. und supravesicales ein-

geteilt. W. spricht weiter von einem Annulus inguinalis abdominalis (innerer) und subcutaneus (äußerer Leistenring).

Für die Hernia ischiadica wird als Nomenklatur vorgeschlagen: Hernia supra- und unfrapiriformis für die Brüche des For. isch. maj. und Hernia spinotuberosa (zwischen Spina ischiad. und Tuber ischiad.) für die Hernia des Foramen ischiad. minor.

Drei vorzügliche Abbildungen der topographischen Verhältnisse sind den bemerkenswerten Ausführungen des berühmten Anatomen beigegeben. **Goebel** (Breslau).

---

9) **F. Berndt.** Zur Radikaloperation des Schenkelbruches. (Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Stralsund.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

B. hat die Lotheissen'sche (Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 21) Methode der Radikaloperation des Schenkelbruches, um Hilfsschnitte zu vermeiden, modifiziert und verfährt folgendermaßen: Schnitt in Höhe und entsprechend dem Verlaufe des Poupart'schen Bandes; Isolierung und Abtragung des abgebundenen Bruchsackes, Verziehung des inneren Winkels der Hautwunde nach oben zur Freilegung der äußeren Öffnung des Leistenkanales, Spaltung der Fascie des Obliq. extern. 5—6 cm nach außen, bis die Innenseite des Lig. Pouparti und der horizontale Schambeinast mitsamt dem Lig. Cooperi sichtbar wird. Alsdann nach Verschiebung des Samenstranges resp. runden Mutterbandes nach oben Anlegung der tiefen Nähte durch den unteren Rand des Obliq. int. und Transversus einer-, Lig. Cooperi und Schenkelkanal andererseits, Knüpfung der aus der Schenkelbruchpforte heraushängenden 3—4 Nahtfäden, Naht des Fascienschnittes des Obliq. ext. und der äußeren Fläche des Lig. Pouparti an die Fascie des M. pectineus. Schluß der Wunde. **Kramer** (Glogau).

---

10) **Leven et Barret.** Radioscopie gastrique. Technique spéciale et applications cliniques.

(Presse méd. 1905. Nr. 74.)

Eine neue Methode, um mit Hilfe der Röntgenoskopie die Magengrenzen zu bestimmen. Bei nüchternem Magen wird eine harte Pille mit 0,5—1,0 Bismuthum subnitricum verabfolgt und danach Pat. zunächst in aufrechter Stellung durchleuchtet. Die Pille befindet sich an der tiefsten Stelle des Magens. Der Punkt wird auf der Haut markiert. Nun wird Pat. in rechte Seitenlage gebracht, und zwar liegt er dabei auf einem Bett, dessen beide Enden gehoben und gesenkt werden können. Man markiert zunächst auf der Haut den Punkt, wo der Schatten der Pille bei horizontaler Seitenlage sich befindet. Dann läßt man durch Heben des einen Bettendes die Pille an der großen Kurvatur entlang laufen, mehrmals ihre Stellung aufzeichnend. Ebenso

verfährt man auf der linken Seite. Dilatationen und Lageveränderungen des Magens lassen sich nach Ansicht der Verff. so aufzeichnen.

Grunert (Dresden).

---

11) **Ries.** Surgical and pathological studies on callous and other gastric ulcers.

(Surgery, gynaecology and obstetrics Bd. I. p. 498.)

Im Anschluß an zwei operierte Fälle von kallösem Magengeschwür, d. h. von Geschwüren mit sehr harten, unterminierten Rändern, empfiehlt Verf. als Operation der Wahl Resektion, event. empfiehlt er, die Resektion zweizeitig zu machen. **Helle** (Wiesbaden).

---

12) **Tait.** The elastic ligature and the ligature method.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Versuche an Hunden, vermittels Ligaturen Darmanastomosen herzustellen, ergaben, daß bei Verwendung von Catgut, Zwirn oder Seide eine beträchtliche Anzahl Versager eintraten, während bei Anwendung von Kautschuk niemals die Anastomose ausblieb und die Öffnung stets weit genug und ohne Brückenbildung war. Das Durchschneiden dauert bei Benutzung des Kautschukbandes etwas länger als bei Seide und Catgut. Nach T. kann eine Anastomose durch die Ligaturmethode zwar am schnellsten hergestellt werden, sie bleibt jedoch immer nur eine palliative Operation und sie kann, weil die Anastomose langsam eintritt, nicht dort zur Anwendung kommen, wo ein unmittelbarer Erfolg erforderlich. Das Feld ihrer Anwendung ist die seitliche Darmanastomose; hier kann sie die Operation der Wahl bilden. Bei totaler Stenose des Pylorus, mag dieselbe gut- oder bösartiger Natur sein, ist die Anwendung der Ligaturmethode zu verwerfen. Die kürzeste Zeit, während welcher die Durchschneidung der Ligatur und damit die Kommunikation der Darmteile eintrat, war bei Hunden 3 Tage für den Darm und 4—5 Tage für den Magen.

Herhold (Altona).

---

13) **Tédenat** (Montpellier). La dilatation forcée de l'anus.

(Province méd. 1906. Nr. 4.)

T. wendet die forcierte Dehnung des Sphinkter bei Krämpfen mit oder ohne Fissur an. Er benutzt dieselbe ferner präliminarisch bei den meisten Operationen oberhalb des Afters.

Seine Technik besteht darin, daß er in einer Sitzung, aber mit allen Vorsichtsmaßregeln der Schonung und Antiseptik, manuell den Sphinkter dehnt. Zuerst werden die beiden Daumen eingeführt und führen die seitliche Erweiterung aus. Dasselbe Manöver wird dann im sagittalen Durchmesser gemacht, worauf die Zeige- und Mittelfinger zusammen in gleicher Weise die Dehnung vornehmen. Die ganze Operation geht sehr langsam und schonend vor sich.

A. Hofmann (Karlsruhe).



14) **W. J. Mayo.** Cancer of the rectum.

(St. Paul med. journ. 1906. April.)

Verf. beschreibt sein Verfahren der Mastdarmexstirpation bei hochsitzenden Karzinomen als modifizierte Quénu'sche kombinierte Operation wie folgt: Trendelenburg'sche Lage. Eröffnung des Bauches in der Mittellinie. Einhüllen der Darmschlingen bis auf das Sigmoid, welches in der Höhe des Promontoriums mit zwei Klemmen abgeklemmt wird. Durchtrennen zwischen denselben. Freimachen des Mesosigmoids. Das proximale Ende des Sigmoids wird nunmehr vor die Bauchhöhle gebracht, unterhalb der Klemme unterbunden und durch Tabaksbeutelnaht geschlossen, die Klemme abgenommen und die Fäden lang gelassen. Durch eine kleine laterale Inzision, ähnlich der Inzision bei Appendicitis, wird das verschlossene Sigmoid an den Fäden herausgezogen und durch einige Nähte in der kleinen Bauchwunde befestigt. Das distale Ende wird jetzt ebenfalls eingestülpt. Lospräparieren des Mastdarmes von Blase und Prostata resp. Uterus. Unterbindung der Arteria mesaraica inf. oberhalb und links des Promontoriums. Entfernen des Fettes und der Drüsen der Kreuzbeinaushöhlung bis aufs Periost und Unterbindung der mittleren Sakralarterie. Freilegung der Iliakalgefäße und der Harnleiter. Nachdem noch die mittleren Hämorrhoidalgefäße versorgt sind, wird die ganze Höhlung mit feuchter Gaze ausgestopft und Pat. in Steinschnittlage gebracht. Der After wird (event. durch einen zweiten Operateur) durch Naht verschlossen und umschnitten, der perineale Teil des Mastdarmes samt Muskeln und Fett von Prostata, Harnröhre resp. Scheide freipräpariert bis oberhalb des Musc. levator ani. Der so allseitig abgelöste Mastdarm samt Fett und Drüsen wird unten durchgezogen. Ein großes Gazestück wird von der Laparotomiewunde aus nach der Wunde am Damm geschoben, die Bauchwunde selbst vollkommen verschlossen, die Wunde am Damm durch einige Nähte verkleinert. Das proximale Ende des Sigmoids, das in der lateralen Bauchwunde befestigt ist, wird nach 24 Stunden durch Entfernen der Tabaksbeutelnaht und der Unterbindung eröffnet.

Die Hauptvorzüge dieser Methode erblickt M. in der Möglichkeit, wirklich radikal alles Krankhafte zu entfernen, weiter in dem Umstande, daß der After an leicht zu reinigender Stelle angebracht ist, und nicht zuletzt darin, daß Pat. durch den so angelegten After eine gewisse Kontinenz erhält.

M. hat in den letzten 5 Jahren 19 Fälle nach dieser Methode operiert, von denen 5 nach der Operation resp. nach einem Monat starben. Von den übrigen 14 Fällen sind 50% nach mehr als dreijähriger Rezidivfreiheit als dauernd geheilt zu betrachten.

Levy (Wiesbaden).



15) **P. Kraske.** Die abdomino-sakrale Resektion des Rektums.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 133.)

Die Arbeit ist wesentlich eine Beschreibung der Technik dieser schwierigen Operation. Verf. wendet sich gegen die grundsätzliche Verzichtleistung Quénu's auf Erhaltung des Sphinkters und betont ferner besonders, daß die Auslösung der Neubildung und überhaupt der ganze abdominale Teil der Operation leichter, rascher und — so paradox das auch klingen mag — sauberer vonstatten geht, wenn man sogleich mit der Durchtrennung des Darmes oberhalb der Geschwulst beginnt. Die Einzelheiten der Technik usw. wiederzugeben, ist ein Referat nicht imstande. Sie sind übrigens auch in K.'s Vortrag auf dem Chirurgenkongreß 1906 wiederholt. **Goebel** (Breslau).

---

16) **H. Legrand** (Alexandrien). Les abscès du foie chez l'enfant.

(Arch. de méd. des enfants 1906. Nr. 3 u. 4.)

Verf. hat aus der Literatur, der eigenen Beobachtung und den Auskünften zahlreicher Kollegen aus Ägypten 112 Fälle von Leberabszeß bei Kindern zusammenstellen können und gefunden, daß die Krankheit nicht so selten im Kindesalter vorkommt, als man gemeinhin annimmt. Die zahlreichsten Abszesse treten im Laufe von Dysenterien auf, und bildet diese Ätiologie etwa ein Viertel aller Fälle; es folgen dann die durch Trauma, Appendicitis, Tuberkulose, Typhus und Askariden hervorgerufenen Abszesse. In seltenen Fällen ist Nabelphlebitis, Pyämie und Influenza die veranlassende Ursache.

In symptomatischer Beziehung wird hervorgehoben, daß die Krankheit sich durch einen heftigen Schmerz in der Lebergegend mit Ausstrahlung in die rechte Schulter kundgibt; es besteht sehr hohes, remittierendes Fieber, Appetitlosigkeit, Frösteln, nächtliche Schweiße, Erbrechen und häufig diarrhoische Stuhlentleerungen. Die Leberdämpfung vergrößert sich sehr rasch, und es entwickelt sich eine oft enorme Vorwölbung der Gegend oder auch eine umschriebene kuppelförmige Erhöhung im Hypochondrium oder Epigastrium. Letztere Erscheinungen sind viel ausgesprochener als bei Erwachsenen infolge der größeren Nachgiebigkeit der Rippenwand. Meist besteht subikterische Farbe, namentlich bei den dysenterischen Abszessen, während wahrer Ikterus häufig bei appendikulären, septischen oder Wurmabszessen zur Beobachtung gelangen. Oft verlaufen Leberabszesse bei Kindern in latenter Weise, und werden deren Symptome von denjenigen der Hautkrankheit überdeckt. Die cytologische Untersuchung des Blutes, und wenn notwendig eine Probepunktion der Leber geben in vielen Fällen wichtige Aufschlüsse. Verwechslungen mit Abszessen der Nachbarorgane, namentlich mit intradiaphragmatischen oder perihepatischen Abszessen sind möglich.

Die Statistik zeigt, daß die meisten Heilungen durch die chirurgische Behandlung erzielt werden; die Punktion kann nur als dia-

gnostisches Mittel angesehen werden. Man macht einen breiten Einschnitt, indem man sich bezüglich der Richtung an die Explorationsnadel hält; bestehen keine Verwachsungen, so ist das Annähen des betreffenden Leberteiles an das parietale Bauchfell vor der Eröffnung des Abszesses anzuempfehlen. Bei hochliegenden Abszessen oder solchen des rechten Leberlappens wird am besten der transpleurale Weg gewählt. **E. Toff** (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 12. März 1906.

Vorsitzender: Herr Rinne.

Herr Rinne: Zur operativen Behandlung der genuinen Epilepsie. (Krankenvorstellung.)

Die genuine Epilepsie, wegen der R. operativ eingegriffen hat, hatte sich bei dem Pat. im jugendlichen Alter (ohne bekannte Veranlassung) entwickelt. Die Anfälle, die sich allmählich an Intensität und Häufigkeit steigerten, verliefen nach dem Typus der Jackson'schen Epilepsie; sie begannen in der rechten Hand, griffen auf rechten Arm und Facialis über und schließlich auf das rechte Bein. Jeder Behandlung trotzend, häuften sich die Anfälle bis zu mehreren täglich, zugleich stellte sich eine Abnahme der geistigen Energie bis zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit ein. In diesem Zustande wurde Pat. von Herrn Geh.-Rat Eulenburg zur Operation überwiesen. Es wurde am 7. Juli 1894 ein temporaler linksseitiger Hautknochenlappen gebildet, die Dura gespalten und mit Hilfe bipolarer Reizung der vorderen linken Zentralwindung das Zentrum für die Bewegungen der rechten Hand bestimmt; andere Bewegungen waren elektrisch nicht auszulösen. Dieses Zentrum mit der benachbarten Hirnrinde wurde exzidiert etwa im Umfange eines Quadratzentimeters. Naht der Dura, Rücklagerung des Hautknochenlappens, der mit seinem knöchernen Teile nicht ganz in den Defekt paßte. Die Wundheilung war infolge Randnekrosen am knöchernen Teile des Lappens ganz reizlos. Die Anfälle sistierten für $1/2$ Jahr vollkommen; die geistigen Funktionen besserten sich zugleich fortschreitend, so daß Pat. heute einem eigenen Geschäfte vorstehen kann. Die Krampfanfälle, die sich wieder einstellten, verliefen ganz leicht und erscheinen seit 11 Jahren bis heute nur alle paar Monate einmal; Pat. fühlt sie kommen und kann sich rechtzeitig niederlegen; sehr leicht erscheinen sie nach Exzessen im Trinken und Rauchen. Es ist eine leichte Parese der Muskulatur des rechten Armes zurückgeblieben, bzw. eine Ungeschicklichkeit bei feineren Verrichtungen, wie Schreiben usw.; unmittelbar nach der Operation bestand eine vollkommene Paralyse des rechten Armes, die sich nach dem 8. Tage allmählich besserte. Für die Erklärung des günstigen Erfolges der Operation kommt der Umstand in Betracht, daß der Knochenlappen nicht knöchern eingeheilt ist; es besteht vielmehr zwischen den Rändern der Schädelknochen und des Knochens im Lappen eine nur durch Weichteile gebildete Zone, wie auch das Röntgenbild ergeben hat. Es kommt demnach eine Ventilbildung im Sinne Kocher's für den günstigen Effekt der Operation in diesem Fall event. mit in Betracht.

Diskussion. Herr Krause operiert nur bei Epilepsien, die nach dem Jackson'schen Typus verlaufen; bei den allgemeinen Epilepsien hat die Operation keinen Zweck und keinen Erfolg. Er bestimmt das Krampfzentrum durch unipolare Reizung mit Hilfe der von ihm schon früher einmal demonstrierten Elektrode. Er hat bei seinen Operationen gefunden, daß nur die vordere Zentralwindung erregbar und Sitz der motorischen Zentra ist.

Herr Borchardt berichtet, daß auch Exz. v. Bergmann nur die Epilepsien operativ behandelt, die den Jackson'schen Typus zeigen.

Herr Eulenburg betont, daß der von Herrn Rinne mit dem Erfolg einer eklatanten Besserung operierte und von ihm lange Jahre hindurch beobachtete Fall besonders deshalb interessant sei, weil es sich um eine sehr schwere, seiner Auffassung nach genuine Epilepsie gehandelt habe, und weil der Fall so lange — es sind seit der Operation 12 Jahre verflossen — beobachtet sei.

Herr Gluck berichtet über eine nach der Operation eines linksseitigen otitischen Schläfenlappenabszesses aufgetretene Epilepsie.

Der damals 5jährige Knabe blieb 11 Jahre gesund; binnen $2^1/_2$ Jahren entwickelte sich dann eine schwere Epilepsie, so daß schließlich 4—6 Anfälle täglich auftraten, die nach dem Jackson'schen Typus verliefen. G. entschloß sich, nachdem jede andere Behandlung erfolglos gewesen war, zur Trepanation. Nach Erweiterung der noch bestehenden Schädellücke und Spaltung der Dura kam er auf eine an der Stelle der alten Abszeßhöhle entwickelte gänseeigroße Cyste, die eröffnet und tamponiert wurde. Nach Entfernung der Tampons und Vernarbung der Wunde schwanden alle Krankheitssymptome; sie sistierten 1 Jahr; in den letzten Monaten zeigt sich ab und zu eine leichte Aura, aber ohne konsekutiven epileptischen Anfall. Im Anschluß daran erwähnt G. einen Fall von Beeinflussung einer Epilepsie von einer großen Operation, die ohne diese Absicht vorgenommen wurde; bei einem 47jährigen Manne sistierte nach einer Hemilaryngektomie eine schwere Epilepsie unter Besserung auch des psychischen Verhaltens seit $^1/_2$ Jahr.

Herr Rinne: Partielle Hyperostose des Schädels. (Krankenvorstellung.)

Bei einem jungen Menschen hatte sich angeblich nach einem Trauma eine knochenharte Auftreibung der rechten Stirn-Schläfengegend über dem äußeren Augenwinkel gebildet; in ihrem Gefolge stellten sich Kopfschmerzen, sowie Anfälle fluxionärer Hyperämie des Kopfes ein, die den Pat. vollständig arbeitsunfähig machten. Die Diagnose war auf eine in der Stirnhöhle oder im angrenzenden Teile der Schädelhöhle entwickelte bösartige Geschwulst gestellt worden. Bei der Operation fand sich nur eine partielle Hyperostose des Stirnbeines, entsprechend dem lateralen Teile der Stirnhöhle, die sich bis an die Dura erstreckte. Aus dem Knochen wurde, parallel dem Supraorbitalrande, ein oblonges Stück herausgemeißelt, der Defekt tamponiert. Glatte Heilung. Die Kopfschmerzen, ebenso die Blutwallungen haben seit der Operation sistiert; Pat. besucht seit 2 Jahren wieder das Gymnasium.

Herr Borchardt erwähnt, daß ähnliche Erscheinungen, wie hier durch die gutartige Geschwulst, in einem Falle der v. Bergmann'schen Klinik durch ein Angiosarkom der Dura mater veranlaßt waren.

Herr Immelmann: Über den Nachweis von Konkrementen mit Röntgenstrahlen.

I. demonstriert von den von ihm in den letzten Jahren röntgenographisch dargestellten Nieren- und Harnleitersteinen eine Anzahl schöner Aufnahmen, welche die Form, die Lage, die Zahl der Steine genau wiedergeben. Er erläutert die für diese Aufnahmen jetzt gebräuchliche Technik, wie sie Albers-Schönberg durch sein Blendenverfahren ausgebildet hat.

Diskussion. Herr Israël bemerkt dazu, daß die Diagnose der Nierensteine seit der Verwendung des Röntgenverfahrens mit größter Sicherheit und Genauigkeit zu stellen ist. Unter etwa 100 seiner Fälle, die Herr Immelmann für ihn untersucht hat, sei es nur in einigen wenigen Fällen nicht gelungen, die Steine auf der photographischen Platte darzustellen. Früher habe man die Diagnose Nierensteine zu oft gestellt.

Herr Gluck: Bemerkungen zur Hautplastik.

Bei einem ausgedehnten Aneurysma cirsoideum der rechten Kopfseite, das G. unter provisorischer Ligatur der Art. carotis comm. (Entfernung nach 2 Stunden) vor 10 Jahren exstirpierte, bedeckte er den Defekt nach 14 Tagen mit ungestielten Hautlappen nach F. Krause und erzielte glatte Heilung. Vorstellung der Pat. — In einem anderen Falle, bei einem 12jährigen Knaben, der nach einer Phleg-

mone eine Narbenkontraktur des rechten Mittelfingers hatte, exstirpierte G. die ganze Narbe von der Fingerspitze bis zur Mittelhand, durchtrennte die Seitenbänder, resezierte das Endgelenk und bedeckte den fast skelettierten Finger mit einem gestielten Hautlappen von der Brust; Durchtrennung der Brücke nach 8 Tagen; mobilisierende Behandlung. Der Finger ist jetzt gerade und vollkommen gebrauchsfähig. Vorstellung des Pat.

G. berichtet im Anschluß daran über Versuche, die er gemacht hat, Hautstücke von frischen, nicht infektiösen Leichen aufzupflanzen. Die Haut wurde mit Formalindämpfen oder -Lösung desinfiziert und mit Ammoniak nachbehandelt, zuletzt nur in der bei Operationen üblichen Weise desinfiziert. Wenn diese Haut auf granulierende Flächen gelegt wurde, sei die Narbenbildung rascher vor sich gegangen; Störungen des Wundverlaufes traten nicht ein. Die Heilung erfolgte nach dem Typus der Heilung unter dem Schorfe. G. glaubt auch, daß Haut, frischen Leichen unmittelbar nach dem Tode entnommen, ebenso aufheilen könne wie die ungestielten Krause'schen Lappen.

Diskussion. Herr Krause steht diesen Versuchen skeptisch gegenüber; er hat Haut von Amputationsstümpfen u. dgl., die er zur Deckung von Defekten verwenden wollte, nie anheilen sehen; sie wurden stets unter Eiterung abgestoßen.

Herr Gluck: Methoden und Aufgaben der Chirurgie der Halsorgane.

G. erörtert die von ihm für die Chirurgie des Larynx, Pharynx und Ösophagus inaugurierten Prinzipien zur Verhütung der Schluckpneumonie, zur Vermeidung der Infektion und zum Zwecke des plastischen Ersatzes dieser Organe. Bei allen Totalexstirpationen dient dem die prophylaktische Resektion der Trachea, wobei das luftzuführende Ende der Trachea in ein Hautknopfloch des Jugulums eingenäht wird; es erfolgt dadurch eine exakte Trennung vom Larynxeingang und von der Pharynxwunde. Der intermediäre Wundraum wird durch Naht und Tamponade vor Infektion geschützt, von den Luftwegen ist er durch eine lebendige organische Barrière getrennt, die durch Einschalten der durchtrennten Muskulatur oder der Strumahälften in die Naht des Pharynx- und Ösophagusdefektes oder durch Bildung eines künstlichen Diaphragmas durch Hautlappenplastik geschaffen wird, während zugleich die Wandungen der Speiseröhre und des Schlundkopfes möglichst genäht oder mit den nicht vernähbaren Öffnungen exakt an die Haut und die Fascien des Halses fixiert werden. Bei einfachen Laryngofissuren und Exenterationen des Kehlkopfes mit Laryngoplastik garantiert die nachherige exakte Tamponade des Kehlkopfes durch Jodoformgaze bei gleichzeitiger Einlegung einer Kanüle in die Luftröhre einen tadellosen Verlauf. Bei Mundboden- und Zungenexstirpationen führt G. erst die tiefe Tracheotomie aus und vernäht darauf sekretdicht den Aditus ad laryngem von der umschnittenen Schleimhaut des Sinus pyriformis aus. Zur Laryngo-, Pharyngo-, Ösophagoplastik benutzt er einfach gestielte oder Brückenhautlappen, desgleichen dienen solche zur Bedeckung der resezierten Schlagadern des Halses; diese plastischen Operationen werden meist in mehreren operativen Akten, mitunter auch in einer einzigen Operation ausgeführt. G. bespricht die Vorbereitungen zur Operation, die Nachbehandlung und schildert den Gang derselben bei der Hemilaryngektomie, bei der totalen Laryngektomie, bei der Pharyngektomie, die bei ausgedehnteren Karzinomen in der Regel auch zur Laryngektomie wird, und bei Laryngektomie mit Pharynx- und Ösophagektomie. Für die partiellen und totalen Zungenexstirpationen hat G. ein Verfahren ausgebildet, bei dem grundsätzlich die temporäre Kieferresektion vermieden wird, vorausgesetzt, daß der Kiefer gesund ist. Nach tiefer Tracheotomie wird ein über die Regio subhyoidea verlaufender, die beiden Warzenfortsätze erreichender Bogenschnitt gemacht; es werden beide Sublingualdrüsen exstirpiert und beide Art. linguales unterbunden. Der Schlund wird durch Pharyngotomia subhyoidea eröffnet und der Kehlkopfeingang vernäht und mit einem Tampon bedeckt. Das Zungenbein wird durchtrennt und vom Mund aus bei hängendem Kopfe die Schleimhaut des Mundbodens umschnitten. Nachdem der Mundboden mit einer starken Zange tunneliert ist, kann die Zunge aus der Wunde herausgeleitet und das ganze Organ

mit Zungengrund und Kehldeckel, event. auch mit den Mandeln und erkrankten Teilen des Schlundes exstirpiert werden. Naht des Mundbodens. Bei verjauchten Karzinomen wird die Schleimhaut über Tampons an die äußere Haut genäht, 2—3 Wochen später folgt eine sekundäre Plastik. Bei Fällen, wo eine schwerere Wundinfektion unwahrscheinlich ist, wird der Kehlkopf in der Gegend des früheren Zungenbeines mit Suturen verankert und werden die übrigen Weichteile über Tampons vernäht. Bei fieberfreiem Verlaufe werden die Tampons erst am 6. Tag entfernt; bei Erscheinungen der Wundinfektion müssen sie sofort entfernt werden.

Redner führt eine große Anzahl Pat. vor, an denen die besprochenen Operationen mit bestem funktionellen Erfolge zur Ausführung gelangt sind.

Es werden auch die von G. ersonnenen Prothesen für Pharynx- und Ösophagusdefekte vorgeführt und ihre Anlegung erläutert. **Richard Wolff** (Berlin).

---

18) **Downie.** Oesophagotomy for the removal of a tooth-plate which had become impacted in the gullet.

(Glasgow med. journ. 1906. Februar.)

Die verschluckte Hartgummiplatte mit vier Schneidezähnen und zwei Metallhaken steckte 1 Zoll unterhalb der Höhe der Cartilago cricoidea. Sie war auf keine Weise, auch nicht mit Anwendung des Killian'schen Ösophagoskops, durch den Mund zu entfernen. Durch Ösophagotomie wurde sie mit Mühe extrahiert, 3 Tage wurde Pat. mit Schlundsonde ernährt und in kurzer Zeit geheilt. Pat. war ein 34 Jahre alter Mann. **W. v. Brunn** (Rostock).

19) **Pollack.** Über rasche und dauernde Heilung einer alten Verätzungsstriktur des Ösophagus durch Thiosinamin.

(Therapie der Gegenwart 1906. Nr. 3.)

P. berichtet über einen Fall, in dem es ihm gelang, eine seit 8 Jahren bestehende, durch Laugenverätzung hervorgerufene Speiseröhrenstriktur mittels 24 Thiosinamininjektionen zu heilen. Die Heilungsperiode betrug nur ca. 6 Wochen. Die verwandte Lösung, von der jedesmal eine halbe Spitze injiziert wurde, hatte folgende Zusammensetzung: Thiosinamin 2,0, Glyzerin 8,0, Aq. dest. 10,0. Seit dem Ende der Kur (August 1905) geht es dem Pat., der vorher durch eine Magenfistel ernährt werden mußte, unverändert gut; er schluckt die größten Bissen tadellos. **Silberberg** (Breslau).

20) **R. Kümmell.** Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Erkrankung des Ösophagus. (Aus dem pathol.-anat. Institut des Allg. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

Der mitgeteilte Fall ist durch die Größe des tuberkulösen Geschwüres bemerkenswert; es nahm mehr als die Hälfte der Länge der Speiseröhre und in seiner größten Ausdehnung die ganze Breite derselben ein und hatte in seiner Umgebung noch kleinere Knötchen und Geschwüre. Auffallend war andererseits die geringe Tiefe des Geschwüres, das nur bis in die Submucosa und bis auf die Ringmuskulatur reichte. Der Rachen und oberste Teil der Speiseröhre waren ganz gesund. Klinisch bestanden bei dem an vorgeschrittener Lungenphthise leidenden 52jährigen Manne keine Erscheinungen seitens der Speiseröhre, keinerlei Schluckbeschwerden; erst die Sektion deckte obigen Befund auf. **Kramer** (Glogau).

21) **Erdmann.** Cardio-spasm.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Eine Frau litt an Schluckbeschwerden, Erbrechen und einem Gefühl, als ob die Speisen nur schwer in den Magen gelangten und irgendwo stecken blieben. Es konnte eine Magensonde nur von einem bestimmten dünnen Kaliber in den



Magen eingeführt werden. Da die Pat. sehr an Körpergewicht verlor, wurde die Laparotomie gemacht und ein Magen angetroffen, dessen Durchmesser den des Dickdarmes nur wenig übertraf. Es bestand eine spastische Striktur der Cardia und darüber eine nach rechts gelegene ampullenartige Ausdehnung der Speiseröhre. Der Magen wurde im größten Durchmesser geöffnet und, nachdem vom Mund aus eine Sonde in denselben eingeführt war, unter Leitung dieser letzteren erst ein, dann zwei Finger durch die enge Cardia vom Magen aus in die Speiseröhre eingeführt. Durch Auseinanderspreizen der Finger ließ sich die spastische Verengerung kräftig dehnen. Die Pat. wurde hierauf gesund. Instrumente zur Dehnung dieser spastischen Strikturen zu benutzen, wird vom Verf. verworfen.

Herhold (Altona).

22) **Meleschin.** Ein Fall von subkutaner Zerreißung der Bauchdecken.

(Chirurgie 1905. Nr. 108. [Russisch.])

Beschreibung eines der seltenen Fälle, wo durch stumpfe Gewalt (Aufrennen auf einen Stock) bis auf die Oberhaut alle Schichten der Bauchdecken durchtrennt waren. Es bildete sich eine Hernie, die nach 4 Wochen den Pat. veranlaßte, ärztliche Hilfe zu suchen. Die Operation zeigte, daß etwa in der Gegend des McBurney'schen Punktes eine durch das Peritoneum, Fascia transversa und die ganze Muskulatur gehende Zerreißung stattgefunden hatte; durch die glattrandige Öffnung waren die Darmschlingen unter die Haut getreten, nach deren Reposition 2—3 Finger in den Bauch geführt werden konnten. Vernähung der Schichten, Heilung per primam, guter Dauererfolg. Verf. und vor ihm Samochotski (Chirurgie 1904 November) haben in der Literatur nur drei analoge Fälle gefunden.

Oettingen (Berlin).

23) **A. Riedel** (Rothenburg o. T.). Zur weiteren Kasuistik der Bauchkontusion.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Von Interesse ist an dem Falle, daß die 6 Stunden nach der Hufschlagverletzung des Unterleibes in einer Bauernstube unter primitivsten äußeren Verhältnissen ausgeführte Laparotomie, bei welcher ein größerer und ein kleiner Darmriß rasch entdeckt wurde, nach Naht derselben und Reinigung der Bauchhöhle von Blut und Kotpartikeln gut verlief und in wenigen Wochen zur völligen Heilung führte.

Kramer (Glogau).

24) **Federschmidt.** Zur Kasuistik und Therapie der Darmrupturen durch stumpfe Gewalt.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 12.)

F. berichtet über fünf Fälle von Dünndarmzerreißung durch stumpfe Gewalt, die sämtlich — zwei nach Operation — rasch tödlich verliefen; der eine Pat. starb während der Operation, die bald nach der Verletzung versucht wurde, der andere am 3. Tage nach dieser, bei welcher die Perforationsöffnung im Dünndarme vernäht worden war (wenige Stunden nach dem Unfall), an eitriger Peritonitis. Verf. empfiehlt dringend frühzeitige Operation. **Kramer** (Glogau).

25) **Daxenberger** (Regensburg). Ein Fall von Zwerchfellshernie mit Magenruptur.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

Es handelte sich um einen Fall einer Hernia diaphragmatica spuria mit gleichzeitiger Ruptur des Magens ohne Trauma infolge heftigen Erbrechens nach einer übergroßen Mahlzeit. Der Pat. hatte vor Jahren ein Magengeschwür gehabt, das aber vollständig vernarbte. Der Durchbruch erfolgte an der dünnen, infolge Pylorusstenose ektasierten Cardia in ungewöhnlicher Ausdehnung nach Einkeilung

des Magenfundus in einen frisch entstandenen Zwerchfellriß mit Erguß des Mageninhaltes in die linke Pleurahöhle, wodurch sofort der Tod des 23jährigen Mannes eintrat. **Kramer** (Glogau).

26) E. Voswinckel. Über operativ behandelte subkutane Verletzungen des Magen-Darmkanales.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXIX. Hft. 2.)

In Körte's Abteilung wurden 14 Fälle von subkutaner Verletzung des Magen-Darmkanales beobachtet und operiert. Zwei davon wurden geheilt. Überwiegend waren die Dünndarmverletzungen. Bei der Aufnahme bestand fast stets beträchtlicher Chok, heftige Schmerzen und starke Spannung der Recti. Die erst später in das Krankenhaus gelangten Verletzten boten das Zeichen der diffusen Peritonitis, die oft schon sehr bald nach dem Trauma einsetzte. Der chirurgische Eingriff war stets der gleiche: ausgedehnter Bauchschnitt, genaues Absuchen der Därme nach der Schädigung, Übernähung oder Resektion der verletzten Darmpartie und reichliche Kochsalzspülung, sowie meist Drainierung der Bauchhöhle. Im Chok selbst zu operieren, hält Körte nicht für ratsam. Man soll denselben darum durch Wärme, Ruhe, Exzitantien bekämpfen, aber auch nicht zu lange mit der Operation zögern. Für die Frühdiagnose sind die bekannten Erscheinungen der intensiven Druckschmerzhaftigkeit und die bretthartе Spannung der Bauchdecken immer wieder ganz besonders zu betonen, wenn sie auch natürlich keine absolut sicheren Zeichen sind und, wie unter des Verf.s Fällen zweimal, hier und da Veranlassung zu einer nicht absolut erforderlichen Laparotomie geben können.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) Conte. The treatment of diffuse septic peritonitis.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

C. rettete zwei Fälle diffuser Peritonitis durch die Laparotomie und glaubt, seinen Erfolg der Beobachtung der von Murphy aufgestellten Forderungen zu danken. Diese Forderungen sind: 1) Schnelle Beseitigung der die Peritonitis bedingenden Ursache; 2) Drainage der Bauchhöhle durch eine dicht über der Symphyse angelegte Öffnung; 3) möglichst schnelles Operieren; 4) die halbsitzende Stellung des Pat. nach der Operation nach Fowler; 5) Eingießung großer Mengen von Wasser in den Mastdarm, um die Sekretion des Bauchfelles und der Nieren anzuregen; 6) Vermeiden von Einführen jeglicher Nahrung oder Getränkes durch den Mund während der ersten 24 Stunden. **Herhold** (Altona).

28) J. P. Aleksinski. Bericht über 60 Appendicitisfälle (November 1903 bis Dezember 1904).

(Russ. Archiv für Chirurgie [Russisch.])

Der Bericht stammt aus der Moskauer chirurgischen Universitätsklinik, die unter Leitung des im November v. J. verstorbenen A. A. Bobrow stand.

Bobrow war ein strikter Gegner der Frühoperation. So sind von den 60 Pat. nur zwei im Anfall operiert, weil sie Abszesse hatten, zwei nach dem ersten Anfall. Alle übrigen nach zwei oder mehr (über 20) Anfällen. Trotzdem sind gelegentlich ganz schwere Veränderungen, Vereiterung mit Zerfall des Wurmfortsatzes gefunden worden.

Bemerkenswert ist, daß A. mit großem Nachdrucke für die Anwendung der Lokalanästhesie eintritt. Sie ist in 63% der besprochenen Fälle benutzt worden. Nur dreimal mußte zu Chloroform übergegangen werden. 4—5 ccm einer 1/2%igen Kokainlösung genügten für den Hautschnitt, zuweilen wurde Muskulatur und Bauchfell mit 5%iger Lösung betupft. **V. E. Mertens** (Breslau).

29) N. Rudnew. Traumatische Inguinalhernie.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Der bis dahin ganz gesunde 20jährige Pat. stieß eines Tages mit der rechten Leistengegend gegen die Kante eines Arbeitsgerätes; 42 Stunden später bemerkte

er, daß in der rechten Leiste eine Geschwulst von der Größe eines Hühnereies sich vorwölbte.

Reste eines Blutergußes in der rechten Leiste. Nach oben und innen vom äußeren Leistenring fand sich ein Spalt, der die Bauchwand direkt durchsetzte und zwei Finger aufnahm. Er war 3—4 cm breit und $1^1/_2$—2 cm lang mit unregelmäßigen Rändern. Eingeweide drängte sich mit Leichtigkeit durch. Der Leistenkanal war geschlossen.

Die Operation (P. Tichow) bestätigte den Befund. Bei Eröffnung der äußeren Fascie ergoß sich blutig-seröse Flüssigkeit aus dem Spalt, der fetzig zerrissene Ränder hatte und ganz außer dem Bereiche des Leistenkanales lag.

V. E. Mertens (Breslau).

30) S. O. Ssamochozki. Leistenbruch und Kryptorchismus.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1905. [Russisch.])

Bei 325 von ihm operierten Hernien fand S. 12mal Kryptorchismus als Komplikation.

In allen Fällen wurde die Radikaloperation der Hernie gemacht, der Hode heruntergeholt und am Boden des Hodensackes mit über einem Gazebausch geknüpften Faden festgelegt. Auf diese Art gelang es viermal, den Hoden wirklich zu befestigen, während er in den übrigen Fällen mehr oder weniger in die Höhe stieg. Einmal mußte nachträglich (nach 4 Jahren) kastriert werden. In vier Fällen erreichte der anfangs erheblich kleinere Hode allmählich die Größe des anderen.

V. E. Mertens (Breslau).

31) S. Arkel. Über Anwendung der Goldnaht bei radikaler Hernienoperation nach Prof. J. Tansini.

(Med. Klinik 1906. Nr. 11.)

Nach Darlegung der bisherigen Versuche über die keimtötende Wirkung des Goldes — »nicht eine sehr rasche, doch jedenfalls allmähliche, sichere antiseptische Wirkung« — berichtet A., daß bisher Tansini (Pavia) mit dieser Naht 360 Brüche ohne eine einzige Früh- oder Späteiterung operierte. Die Operierten verließen vom 7. Tage das Bett, da die Goldfäden genügende Stütze gewährten. Gleich gute Ergebnisse hatten Titone (Palermo) (25 Fälle), Crosti und Rossi (Mailand) (14 und 40 Operationen). Goldmenge für eine Operation 12—120 cg, Preis 0,5 bis 5 Lire. Tansini's zugehöriges Instrumentarium ist bei Mauri (Pavia) für 35 Lire, Goldfäden für tiefe und oberflächliche Naht sind bei Elia De Amici (Mailand, Via S. Sepolero 7) zu haben.

Georg Schmidt Berlin).

32) Telford. An unusual accident to an umbilical hernie.

(Med. chronicle 1905. Dezember.)

Eine 57jährige Frau, die früher wegen Nabelbruches operiert worden war, bekam ein Rezidiv, das zu Einklemmungserscheinungen führte. Diese bestanden bereits 5 Tage, als die Ausführung einer Operation möglich war. Bei dieser fand sich ein dreigeteilter Bruchsack, dessen eine Kammer von einer Dünndarmschlinge, die zwei Perforationsöffnungen zeigte, ausgefüllt war. Die Ursache für die Perforationen hatte ein Knochenstückchen von der Größe eines Streichwachslichtchens abgegeben. Nach Resektion des betroffenen Darmstückes trat eine vorübergehende Besserung ein, der sich jedoch nach 56 Stunden der Tod anschloß.

Engelmann (Dortmund).

33) H. Gerhartz. Notiz zur Technik der Ausheberung des Magensaftes.

(Med. Klinik 1906. Nr. 11.)

Führt man das äußere, mit einer Ohrolive versehene Ende eines in der Speiseröhre des Kranken liegenden Magenschlauches in den eigenen äußeren Gehörgang, so hört man die Herztöne des Kranken nicht mehr, wenn der Schlauch verstopft ist.

Georg Schmidt (Berlin).



34) **F. Eve.** The surgical treatment of gastroptosis with an account of five cases.

(Brit. med. journ. 1906. April 7.)

Verf. — Chirurg am London Hospital — bespricht kurz die bekannten Symptome der Gastroptose und berichtet dann über fünf von ihm operativ behandelte Fälle, bei denen die interne Medizin alle ihre Mittel erschöpft hatte:

Bei einer 50jährigen Frau, deren kleine Magenkurvatur eben oberhalb Nabelhöhe lag, und die keine freie HCl, aber reichlich Butter- und Milchsäure hatte, wurde die große Kurvatur durch mehrere Seidennähte an die vordere Bauchwand geheftet, beträchtlich über Nabelhöhe, und die kleine Kurvatur mit einigen Nähten an die untere Leberfläche befestigt. Bedeutende Besserung, die 1 Jahr später noch vorhanden war.

Bei einer 30jährigen mit freier HCl und kleiner Kurvatur 3 cm über Nabelhöhe hob er den unteren Leberrand erst durch einige Nähte an die vordere Bauchwand gerade unter dem Rippenbogen und darauf die große Kurvatur wie im vorhergehenden Falle. 15 Monate später beträchtliche Besserung.

Bei einer 38jährigen mit noch stärkerer Ptosis des Magens hob E. die stark gesenkte kleine Kurvatur durch eine ganze Reihe von Nähten vom Pylorus bis zur Cardia an die Leberunterfläche heran, mit gutem Erfolg, und wegen Neigung der Leber zur Senkung hob er auch diese an den Rippenrand. Die Nähte zur Hebung der kleinen Kurvatur gingen durch die Lebersubstanz hindurch, da das kleine Netz zu einer ganz dünnen Membran ausgezogen war. Diese Operation betrachtet Verf. als die am meisten gebotene bei hochgradiger Magensenkung. Der erste Erfolg war befriedigend, Dauererfolg muß abgewartet werden.

Bei einer 34jährigen Frau mit Blutbrechen in der Vorgeschichte, freier HCl, Ektasie und hochgradiger Ptosis führte E. die hintere Gastroenterostomie aus. Guter Erfolg noch nach $2^1/_2$ Jahren feststellbar.

Desgleichen beim fünften Falle mit schönem Dauererfolg.

Weber (Dresden).

35) **Purpura.** Sopra un caso di pancreatite cronica indurativa con stomaco a clessidra. Gastroplastica. Guarigione.

(Riforma med. Ann. XXX. Nr. 16.)

Eine 45jährige Frau ist seit 3 Jahren krank mit Verdauungsbeschwerden, leichten Schmerzen im Epigastrium, Aufstoßen u. ä. Seit 1 Jahr Erbrechen und Abmagerung. Bei der Untersuchung findet man außer den Zeichen einer Magenektasie mit Stenose eine empfindliche Schwellung, die rechts vom Nabel beginnt und sich nach links oben erstreckt. Der Urin ist frei von pathologischen Bestandteilen. Die Diagnose wird auf Pylorusstenose gestellt und der Leib eröffnet. Dabei findet sich ein typischer Sanduhrmagen mit perigastritischen Verwachsungen und eine unregelmäßige Verdickung und Verhärtung des Pankreas, besonders des Kopfteiles desselben. Nach Anlegen einer Verbindung der beiden Magenteile durch Plastik wird der Leib geschlossen. Der Heilungsverlauf ist ein ungestörter.

Engelmann (Dortmund.)

36) **Nicoll.** Several patients from a further series of congenital obstruction of the pylorus treated by operation.

(Glasgow med. journ. 1906. April.)

N. verfügt über eine große Erfahrung in der operativen Behandlung der angeborenen Pylorusstenose.

Bereits vor 6 Jahren hat er ein nur wenige Wochen altes Kind mit dauerndem Erfolg operiert; es hat bis jetzt keine Beschwerden mehr gehabt. Es war bei ihm die gewaltsame Dehnung des Pylorus ausgeführt worden.

Im Anschluß an diesen hat Verf. dann noch in sieben weiteren gleichen Fällen die Dehnung vorgenommen, fünfmal mit vollem, zweimal ohne Erfolg. Deshalb hat er in der Folgezeit diesen Eingriff mit der Gastroenterostomie kombiniert.

Das Verfahren ist jedoch nur bei kräftigen Kindern anwendbar; denn obwohl Verf. nur 1/2—1 Stunde für den ganzen Eingriff gebraucht, beträgt doch die Sterblichkeit noch 50%.

Glaubt Verf. deshalb einem Säugling diesen — allerdings als ideal bezüglich des Erfolges zu bezeichnenden — Eingriff nicht zumuten zu dürfen, dann bedient er sich eines neuen Verfahrens, nach dem er seine letzte Reihe von sechs Fällen operiert hat.

Dasselbe besteht im wesentlichen darin, daß in querer Richtung zur Längsachse des Pylorus ein V-förmiger Schnitt ausgeführt und nach Auseinanderziehen der Wundränder in Y-Form vernäht wird, und zwar nach Dehnung des Pylorus vermittels einer in dessen Lichtung eingeführten und gespreizten Zange.

Will man die Eröffnung der Lichtung ganz vermeiden, so führt man den Schnitt nur bis zur Schleimhaut, führt einen zweiten kleinen Schnitt zum Einschieben der Spreizzange über dem Magengrund aus, schiebt die Zange submukös bis zum Pylorus, macht die Dehnung und vernäht die V-förmige Wunde in Y-Form, sowie die kleine Wunde am Magengrunde.

Von den so behandelten sechs Kindern, alles besonders schwachen, elenden Individuen, sind fünf geheilt worden, eins am Chok gestorben. Das Alter der Kinder betrug 3 Wochen bis 5 Monate. **W. v. Brunn** (Rostock).

37) **Jonnesco** et **Grossman.** Pylorospasme avec hypersécrétion et tétanie. Etude clinique et expérimentale.

(Presse méd. 1905. Nr. 52.)

Nach den Untersuchungen von Bouveret und Devic entsteht Tetanie bei Magenerkrankungen dadurch, daß sich im Magen aus Aminen (von der Eiweißzersetzung herstammend) und Alkohol, sowie der Salzsäure des Magensaftes salzsaures Äthylamin bildet, welches Gift die Tetanie erzeugt.

Verff. haben im Anschluß an einen von ihnen behandelten Fall und durch Tierexperimente diese Theorie nachgeprüft und gefunden, daß sich im Magensaft ihres Pat., der an Tetanie litt und durch Gastroenterostomie geheilt wurde, eine Substanz fand, welche bei Tieren Tetanie erzeugte. Verff. glauben aber, daß diese Substanz sich nicht selbst bildet, sondern von der Magenwand abgeschieden werde. Vorbedingung hierzu sei eine Verarmung des Körpers an Wasser. Tatsächlich sind auch die Anfälle von Tetanie bei dem erwähnten Pat. durch Kochsalzinfusionen und Kochsalzklistiere unterdrückt worden. Der Vorgang ist vielleicht der Abscheidung von Harnstoff und Ammoniak in den Magen bei Urämie zu vergleichen. **Grunert** (Dresden).

38) **D'Arcy-Power.** A year's gastro-jejunostomies.

(St. Bartholomews hospital reports 1906. Vol. XLI.)

P. teilt die Krankengeschichten von 16 Fällen mit, in denen er die Gastrojejunostomia postcolica ausführte; 1 Todesfall.

Es handelte sich um Verengerungen des Duodenums durch Verwachsungen in 3 Fällen, schwere Dyspepsie (1), Magenerweiterung (3), chronisches Magengeschwür (3), Karzinom (1), Pylorusstenose (1), chronische Gastritis (1), chronische Dyspepsie (2), Pylorusverwachsungen (1).

Bemerkenswert ist der Erfolg in Fall 4 bei schwerer chronischer Dyspepsie. P. war von seinen bisherigen Erfolgen der Gastroenterostomie bei Frauen mit chronischer Dyspepsie (offenbar infolge von Magengeschwür) nicht befriedigt, da die Besserung in vielen Fällen nicht anhielt. P. schreibt dieses der Tatsache zu, daß, wenn der Pylorus noch funktionierte, der Mageninhalt die Anastomose nicht länger passierte und diese nutzlos wurde; daher traten die ursprünglichen Beschwerden, mehr oder weniger stark, meist innerhalb dreier Monate wieder ein. P. operierte daher bei einer Pat. mit schwerer chronischer Dyspepsie, vermutlich infolge von Magengeschwür, folgendermaßen: Nach Gastroenterostomia postcolica in gewöhnlicher Weise wurde der Pylorus durch eine Tabaksbeutelnaht beträcht-

lich verengert, ohne daß die Lichtung völlig verschlossen wurde. Glatte Heilung. Gelegentlich traten nach fester Nahrung noch Schmerzen auf, die Besserung hielt jedoch nach 6 Monaten noch an. **Mohr** (Bielefeld).

39) **E. v. Huber** (Salzburg). Eine seltene Ursache innerer Einklemmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Ursache der Einklemmung war die am Promontorium durch eine bandartige Verwachsung befestigte rechte Tube, unter der $2^1/_2$ m Ileum durchgeschlüpft war und abgeschnürt wurde. **Kramer** (Glogau).

40) **N. J. Spassokukozkaja.** Ein Fall von ausgedehnter Dünndarmresektion.

(Russki Wratsch 1906. Nr. 2.)

Pat., 20 Jahre alt, kam mit einer großen Hernia inguino-scrotalis dextra, die seit 2 Stunden eingeklemmt war, in die Klinik. Bei der Operation (Zeidler) fand man Torsion des Darmes mit Gangrän der Schlingen; es wurden 318 cm reseziert. Das peripherische Ende des entfernten Darmes lag 15 cm vom Blinddarme. Die Enden des Darmes wurden geschlossen und eine seitliche Annstomose mit Murphyknopf angelegt. Heilung. 2 Monate später wurde der Stickstoffwechsel untersucht und normal befunden. **E. Gückel** (Romanowka, Saratow).

41) **Suarez.** Caso raro de queloides desarrollado en una cicatriz de fistula de ano.

(Rev. iber. amer. de cienc. med.; ref. in Rev. de med. y cir. pract. de Madrid 1906. Nr. 924.)

17jähriger Pat. wurde wegen einer sehr tiefen linksseitigen Fistula ani operiert. Blutige Eröffnung des Fistelganges, der in eine geräumige, im Cavum ischio-rectale liegende Höhle führte; darauf Auskratzung und gründliche Thermokauterisation der gesamten Wände. Die Heilung verlief zunächst ganz normal. Nach etwa einem Monat, als nur noch $^1/_2$ cm Wundfläche unvernarbt war, entwickelte sich plötzlich, von dieser Stelle ausgehend, eine weißliche bandförmige Geschwulst, die sich über die ganze Narbe ausdehnte, stets größer wurde und bei geringster Berührung blutete. Schmerzen bestanden nicht. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen exzidierten Teilchens ergab, daß es sich um keloidartiges Gewebe handelte. Die Behandlung bestand in Anwendung der Röntgenstrahlen. Nach einigen Monaten, während welcher Zeit öfters infolge entzündlicher Hautreizung Unterbrechungen eintreten mußten, wurde komplette Heilung erzielt.

Stein (Wiesbaden).

42) **Georgi.** Zwei Fälle von Milzruptur. (Aus dem Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt, chir. Abteilung: Geh.-Rat Dr. Credé.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

In dem einen der Fälle trat bald nach der Milzexstirpation der Tod durch Verblutung ein, während der andere geheilt wurde; in letzterem stellten sich 6 bis 8 Stunden nach dem Unfall allmählich die Symptome einer inneren Blutung ein, und wurde erst nach 10 Stunden Bauchdeckenstarre bemerkbar. Der Milzriß war verhältnismäßig klein.

G. empfiehlt bei zweifelhafter Diagnose eine Probelaparotomie mit kleinem Schnitt in der Mitte, event. unter Lokalanästhesie. **Kramer** (Glogau).

43) **S. Rabinowitsch.** Zwei Fälle von Milzverletzung.

(Chirurgia Bd. XVIII. Nr. 107. [Russisch.])

Verf. lobt die Zweckmäßigkeit des Auvray'schen Verfahrens zur Freilegung der Milz, das sich in zwei Fällen außerordentlich bewährte. Das eine Mal handelte es sich um Zerreißung der Milz nach Fall aus 4 m Höhe, das andere Mal um einen

Messerstich in der Höhe des linken Rippenbogens, dicht hinter der vorderen Axillarlinie.

In beiden Fällen gelang die Vernähung der Milzwunden erst nach Resektion des 9. und 10. Rippenknorpels; Auvray hatte vorgeschlagen, bei zu vernähenden Zwerchfellwunden durch Resektion des 7.—10. Rippenknorpels sich Zugang zu verschaffen (s. ds. Bl. 1901 p. 1113); Verf. glaubt, bei Milzwunden mit der Resektion des 9. und 10. Rippenknorpels immer auszukommen.

Verf. widerrät, Milzwunden zu tamponieren, hält vielmehr die Naht der Wunden, resp. die Exstirpation der Milz, für das Normalverfahren.

Oettingen (Berlin).

44) J. W. Long (Common duct obstruction.

(Amer. journ. of surg. 1906. April.)

Die Gebrüder Mayo haben bisher 1325 Gallensteinoperationen gemacht; davon waren 646 einfache Blasensteine ohne bemerkenswerte Komplikation, mit einer Mortalität von weniger als $1/2$—1% (?). Bei Choledochusverschluß betrug die Mortalität (177 Fälle) 11,9% und bei bösartiger Geschwulst des Choledochus (10 Fälle) 40%. Diese Tatsachen müssen uns aneifern, die Steine zu operieren, solange sie noch in der Gallenblase und frei von Komplikationen sind.

Unter 1300 Steinentfernungen aus der Gallenblase hatten die Mayo's nur 1mal, unter den 177 Choledochussteinen aber 5mal Rezidiv.

Verf. verbreitet sich dann über die Symptome usw. und bringt drei Krankengeschichten. Es sei hier nur erwähnt, daß er die Gallenblase in Fällen, wo sie zur Drainage nötig ist, nicht exstirpiert. **Goebel** (Breslau).

45) T. Brugsch und F. König. Beitrag zur Klinik der Pankreasentzündungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 52.)

Der mitgeteilte Fall ist von besonderem Interesse, weil ein Pankreasabszeß von sehr geringer Ausdehnung, der weder durch Geschwulstbildung, noch durch Dämpfung die Diagnose ermöglichte, operativ zur Heilung gebracht werden konnte, nachdem die Diagnose durch systematische Stuhluntersuchungen auf eine Pankreaserkrankung gestellt werden konnte. Es war nämlich die Fettresorption in hohem Maße gestört. Auffallend war ferner eine Vorbuchtung der rechten Thoraxapertur, eine Verlängerung der Leberdämpfung und ein Reibegeräusch rechts hinten unten. Die Punktion ergab, daß keine subphrenische Eiterung vorhanden war.

$1/4$ Jahr p. op. hatte Pat. ca. 30 Pfund zugenommen. Die Fettresorptionskraft war noch herabgesetzt, allerdings in viel geringerem Grad als zur Zeit der Erkrankung; dies Verhalten wird durch den Untergang eines Teiles funktionsfähigen Pankreasgewebes erklärt. Glykosurie war bei dem Kranken nie beobachtet worden.

Verff. besprechen zum Schluß noch Befunde in der geöffneten Bauchhöhle, die sie bei drei Beobachtungen erhoben haben, und die vielleicht für Pankreasentzündungen verwertbar erscheinen. Die Balzer'schen Fettnekrosen, welche den Chirurgen stets auf die Bauchspeicheldrüse hinleiten, können sogar bei schwerer Pankreaserkrankung fehlen. In diesen Fällen leitet oft die Exsudation in der Umgebung des Pankreas auf den richtigen Weg. Das Exsudat hat häufig eine leicht fleischwasserähnliche Farbe. Besonders beachtenswert ist aber die Exsudation ins Gewebe, so daß die benachbarten Organe wie mit Flüssigkeit vollgesogen erscheinen. Der Kopfteil des Pankreas ist in einer Reihe von Fällen oberhalb des Pylorus und der kleinen Kurvatur gelegen. Die untere Hälfte des Kopfes, sowie Körper und Schwanz sind in der Bursa omentalis aufzusuchen.

Langemak (Erfurt).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. **Sonnabend, den 23. Juni.** **1906.**

Inhalt: A. Weischer, Über die Wundbehandlung nach Transplantationen. (Original-Mitteilung.)

1) **Schwalbe,** Mißbildungen. — 2) **Hoffa** und **Rauenbusch,** Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. — 3) **Bowlby,** Chirurgische Komplikationen der Tabes. — 4) **Riedinger,** Schlottergelenke. — 5) **Porcile,** Marktransplantation. — 6) **Hildebrand,** Gelenkexstirpation. — 7) **Lexer,** 8) **Lämmerhirt,** Stauungshyperämie. — 9) **Hildebrandt,** Schädelverletzungen. — 10) **Krause,** Jackson'sche Epilepsie. — 11) **Ostwalt,** 12) **Schlösser,** 13) **Ostwalt,** Alkohol-Kokain- oder Alkohol-Stovaininjektionen gegen Trigeminusneuralgie. — 14) **Alexander,** Bewegungen der Karpalknochen bei Daumenbewegungen. — 15) **Hildebrandt,** Verrenkung des Os lunatum carpi. — 16) **Doberauer,** Sehnentransplantation. — 17) **Graessner,** Oberschenkelbrüche. — 18) **Connell,** Gelenkmäuse im Knie. — 19) **Schaefer,** Kniescheibennaht. — 20) **Giese,** Fissur des Schienbeins. — 21) **Herhold,** Verletzungen der Metatarsalknochen.

M. Herz, Zur Behandlung veralteter Schenkelhalsbrüche. (Original-Mitteilung.)

22) **Lair,** Schädelbruch. — 23) **Friedrich,** Hirnverletzung. — 24) **Grills,** Mangel einer Hirnhemisphäre. — 25) **Meyer,** Faltungsbrüche. — 26) **Birkenholz,** Spontanfrakturen bei Tabes. — 27) **Geissler,** Doppelseitige Schlüsselbeinverrenkung. — 28) **Ashhurst,** Knochenbrüche durch Muskelzug. — 29) **Kirstein,** Veraltete Ellbogenverrenkung. — 30) **Selberg,** Abriß der Streckaponeurose der Fingerphalanx. — 31) **Pringle,** Kniescheibenverschiebung. — 32) **Thienhaus,** Komplizierte Luxatio sub astragalo. — 33) **Couteaud,** Bruch und Verrenkung des Sprungbeines. — 34) **Jeanbran,** Alter Klumpfuß. — 35) **Wette,** Hohlfuß. — 36) **Péraire,** Metatarsalgie. — 37) **Lévai,** Malum perforans pedis. — 38) **Hahn,** Stangenlager. — 39) **Tores,** Osteoklast.

Über die Wundbehandlung nach Transplantationen.

Von

Dr. med. **Alfred Weischer,**

leitender Arzt des kath. Krankenhauses in Hamm i. W.

Die offene Wundbehandlung, die Brüning für die Thiersch'sche Transplantation (s. d. Zentralblatt 1904 Nr. 30) empfiehlt, habe ich seinerzeit sofort aufgenommen und vielfach angewandt, weil sie die Methode außerordentlich zu vereinfachen schien. Leider entsprach das Resultat, namentlich bei den großen, stark sezernierenden Wunden, nicht meiner Erwartung.

Brüning sagt: »Das Sekret, wie es besonders bei allen granulierenden Wunden reichlich gebildet wird, hat, wenn es nicht gleich

eintrocknet, jedenfalls guten Abfluß.« Leider hat die abgesonderte Flüssigkeit unter dem Einfluß der Luft mehr Neigung zum Eintrocknen, als zum Fließen. Man sieht wohl anfangs in den Zwischenräumen der transplantierten Läppchen unter den Rändern gelbe Flüssigkeitsperlen hervorquellen und über die Wunde hinabrollen, aber nur zu bald stockt der Abfluß, es bilden sich Gerinnsel, die rasch wachsen und die einzelnen Lappen förmlich ummauern. Leider hört jetzt die Sekretion nicht auf. Da die Flüssigkeit seitlich nicht mehr abfließen kann, sammelt sie sich unter den Läppchen an und hebt sie von der Wundfläche ab.

Bei zwei größeren Transplantationen auf Wunden, die den Unterschenkel umfaßten, waren am Abend nach ungefähr 12 Stunden nur wenige Bläschen zu sehen, die inzidiert wurden; aber am folgenden Morgen zeigten sich große Blasen, die einen großen Teil der Lappen abgehoben hatten. Die einzelnen Felder waren von dicken Krusten umgeben, welche den Rändern der Läppchen fest auflagen. Die mechanische Entfernung der harten Massen war ohne Schädigung der Läppchen nicht möglich. Trotz reichlicher Inzisionen und folgender Kompression restierten als Endresultat nur einzelne Epithelinseln, die für die Heilung der Wundflächen von keiner Bedeutung waren und bei der später folgenden zweiten Transplantation entfernt werden mußten.

Isnardi (s. d. Zentralbl. 1905 Nr. 14) will nur auf granulierende Wundflächen transplantieren, stellt aber vorsichtigerweise besondere Bedingungen für den Erfolg auf. Die zu operierenden Flächen müssen äußerst streng aseptisch gehalten werden, die Granulationen müssen klein, rosafarbig, hart, gesund sein. Die aseptische Umwandlung der eiternden Flächen will Isnardi durch konsequenten Wechsel von trockenen und feuchten Verbänden, durch Vermeidung jeglicher Blutung bei Abnahme des Verbandes, durch Kauterisation und Diachylonpflaster erreichen, und zwar in ungefähr 6 Wochen.

Schon diese Polypragmasie zeigt, daß die genannten Bedingungen Isnardi's zum mindesten schwer zu erfüllen sind. Nach Schimmelbusch's Untersuchungen ist eine frische Wunde in kurzer Zeit von Keimen infiziert; sie aseptisch zu halten, zumal streng aseptisch, ist unmöglich. Ob es gelingt, eine große eiternde Wundfläche mit den obigen Mitteln aseptisch zu machen, möchte ich, gelinde gesagt, bezweifeln.

Indes in unserem Vaterlande steht auch die harte Wirklichkeit der Methode Isnardi's entgegen. Krankenkassen und Berufsgenossenschaften verlangen immer wieder rasche Genesung der Verletzten. Wir können und brauchen auch keine 6 Wochen mit dem Beginne der Transplantation zu warten, da eine völlige Asepsis der Wundflächen gar nicht notwendig ist.

Wir haben es in unserer Industriegegend nur zu häufig mit großen Abrissen der Haut zu tun, die die ungünstigen Partien des Rückens und der hinteren Flächen der Extremitäten einnehmen. Jeder weiß,

wie schwer es ist, bei diesen Pat., die ja nicht immer die Bauchlage einnehmen können, die Sekretion trotz täglicher protrahierter Bäder, trotz des steten Wechsels von trockenen und feuchten Verbänden, auch nur einzuschränken; denn alle diese Wunden sind oft sämtlich mit Kohle, Asche, Ölschmiere imprägniert.

Nach meiner Erfahrung kann man nicht generell eine Methode der Transplantation für alle Hautdefekte vorschreiben. Man muß sich von dem Befunde leiten lassen.

Ich trenne die Wunden schon seit Jahren nach der Menge und dem Charakter des Sekretes. Ist die Flüssigkeit serös und spärlich, wie es bei günstig gelegenen, relativ kleinen Wunden durch jede Art austrocknender Verbände in wenigen Tagen eintritt, so ist es gleichgültig, ob man die Granulationen entfernt oder nicht. Die Läppchen heilen an, ob man offene Wundbehandlung anwendet, die ich z. B. am Kopfe vielfach benutze, oder ob man sie mit Borsalbe und leichten Mullkompressen bedeckt.

Ist die Sekretion reichlich und eitrig, wie es die Regel ist bei den großen Hautdefekten von 1 Fuß Länge und darüber und entsprechender Breite, zumal wenn die Wunden dem ungünstig wirkenden Druck des liegenden Körper ausgesetzt sind, so gestehe ich offen, daß es mir nur recht selten gelungen ist, trotz aller möglichen Kombination der Behandlungsmethoden eine ganz eiterfreie Wunde zu schaffen. Freilich 6 Wochen habe ich nicht, wie Isnardi, auf die aseptische Umwandlung der Wunden verwandt.

Auf den Granulationsflächen sieht man, wenn ich transplantiere, fast stets noch mehr oder minder reichliche gelbliche Streifen, die anscheinend der Wunde auflagern, in Wirklichkeit aber die obersten Schichten der Granulationen durchsetzen, wie man durch Aufgießen von Kochsalzwasser leicht feststellen kann. Die gelb tingierten Streifen rühren von Eiterkörperchen her. Daher entferne ich mit einem großen, dünnen Transplantationsmesser in gleichmäßigen Zügen die oberen Schichten der Granulationen; hierdurch erhalte ich zugleich eine gleichmäßig ebene Fläche, auf die sich die Läppchen leicht ausbreiten lassen. Dieser Akt findet, wenn eben möglich, unter Esmarch'scher Blutleere statt. Nach Entfernung des Schlauches geschieht die Blutstillung durch Mullkompressen, die in heiße Kochsalzlösung getaucht sind und nun fest, event. mit einer Binde, auf die Wunde gedrückt werden. Da die Wärme rasch verfliegt, so wird aus einer Kanne fast ständig heißes Wasser auf den Verband gegossen.

Länger wie $^1/_2$ Stunde habe ich nie mit der Transplantation zu warten brauchen; meist genügen 10—15 Minuten.

Ist die Transplantation beendet, so bedecke ich die Fläche mit Mullkompressen und einer Lage Watte, die beide in warme 0,8%ige Kochsalzlösung getaucht sind. Eine Binde sichert den Verband. Der Pat. wird im Bett auf eine wasserdichte Unterlage gelegt, die seitlich weit überragt. Über die Extremität oder den ganzen Körper kommt ein Drahtgestell, damit die Wolldecke den Verband nicht berühre

und die Flüssigkeit aus dem Verbande leichter verdunste. Alle 2 bis 3 Stunden, je nachdem die äußeren Schichten des Verbandes trocken geworden sind, wird von neuem warmes Kochsalzwasser solange aufgegossen, bis Pat. die Flüssigkeit auf der Haut fühlt.

Im Gegensatze zu Brüning will ich keine feste Verklebung der freien Ränder der transplantierten Lappen. Das austretende Sekret soll nicht in den Zwischenräumen gerinnen, sondern sofort in der Kochsalzflüssigkeit sich auflösen und in den Verband treten.

Jedes Transplantationsläppchen nimmt von der Mitte nach den Seiten an Stärke ab; ist die Mitte eben durchscheinend, so sind die Randpartien völlig transparent, also sehr zart und dünn. Jeder Lappen muß diese Eigenschaft haben, da wir das Messer an einem mehr oder minder zylindrischen Körper entlang führen. Diese zarten Randpartien saugen sich zuerst fest und verbacken mit der Unterlage schon durch eine geringe Menge gerinnenden Sekretes. Daher nehme ich von Kochsalzwasser triefende Kompressen und schütte reichlich Flüssigkeit nach, damit die Ausgangspforten des Sekretes unter den größeren Lappen möglichst lange offen bleiben.

Den ersten Verband habe ich fast stets erst nach 2×24 Stunden erneuert; nur bei sehr reichlicher Sekretion habe ich schon nach einem Tage gewechselt. Unter Aufgießen von Kochsalzwasser lassen sich die Kompressen leicht abheben, da sie mit den Lappen nicht verkleben, sondern nur in den Spalten ab und zu festsitzen. Nach weiteren 2 Tagen ist eine nasse Behandlung nicht mehr notwendig; ich bedecke die Flächen mit 3%iger Borsalbe, die auf Mull gestrichen ist.

Mit dieser Methode habe ich das Resultat erreicht, daß in $^3/_4$ der Fälle 100% der Läppchen anheilten, in $^1/_4$ 80—90%. Einen völligen Mißerfolg habe ich nicht aufzuweisen. Bemerken will ich noch, daß ich nur die Autoplastik, nicht mehr die Heteroplastik anwende, die mir zu schlechte Resultate gegeben hat.

---

1) **E. Schwalbe.** Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere. Ein Lehrbuch für Morphologen, Physiologen, praktische Ärzte und Studierende. Teil I. Allgemeine Mißbildungslehre.

Jena, Gustav Fischer, 1906.

Verf. bringt uns mit seinem Buch ein Werk über Mißbildungen, das auf dem Grunde der neuen Forschungen und Methoden auf dem Gebiete der Entwicklungsgeschichte und Entwicklungsmechanik basiert. Eine gewiß dankenswerte Aufgabe, die sich Verf. gestellt und in ausgezeichneter Weise gelöst hat. Nach des Verf.s eigener Ansicht, ist der Titel »Lehrbuch« nicht glücklich gewählt, es ist mehr als ein solches — zum Teil kann es als Monographie bezeichnet werden. Die Eigenart des behandelten Gebietes erfordert ja auch eine besondere Art der Darstellung. Die Teratologie läßt sich nur auf einer breiten

anatomischen Grundlage, die vor allem die Entwicklungslehre liefern muß, aufbauen. Bei der Besprechung strittiger Meinungen bringt Verf. manch neues, noch nicht veröffentlichtes Material.

Der vorliegende erste Teil enthält außer den ganz allgemeinen Dingen (Begriff, Geschichte, Literatur, Aufgaben, Methoden) zunächst einen Überblick über die experimentelle Entwicklungsgeschichte, also die Entwicklungsmechanik und experimentelle Teratologie. Es folgen die Kapitel: Regeneration, vergleichende Anatomie und Teratologie, Vererbung, Physiologie der Mißbildungen, Entstehungsart derselben und formale Genese, Hemmungsbildungen, Keimversprengung und Keimausschaltung, Bedeutung der Mißbildungslehre für die allgemeine Pathologie, Mißbildungen der Geschwülste, Ursachen der Mißbildungen, amniogene Mißbildungen, Häufigkeit, Geschlecht, Kombination der Mißbildungen, Einteilung, Klinik der Mißbildungen.

Grosse (Kassel).

---

2) **Hoffa** und **Rauenbusch.** Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. Mit 180 Lichtdrucktafeln. Lieferung 5 und 6.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1906.

Unter weiteren Bildern angeborener Coxa vara ist eines besonders erwähnenswert, bei welchem ein zentrales Enchondrom der oberen Femurdiaphyse sichtbar ist. Dieser Befund gestattet vielleicht ätiologische Rückschlüsse. Vervollständigt wird das Bild der Coxa vara durch Darstellungen rachitischer, traumatischer Coxa vara und operativer Korrektur.

Die folgende Reihe von Bildern gibt einen guten Überblick über alle Stadien der Koxitis und ihre Folgeerscheinungen.

Endlich ist an verschiedenen Bildern von Rachitis sehr schön die Änderung der Knochenarchitektur bei der Ausheilung zu sehen. In einem Falle schwerster Rachitis ist deutlich die manchmal vorkommende Abhebung des Periosts zu sehen. Die operativen Erfolge subkutaner Periost- resp. Epiphysendurchschneidung bei Genu valgum, ferner der McEwen'schen Operation werden weiterhin veranschaulicht.

Renner (Dresden).

---

3) **A. Bowlby.** Some surgical complications of tabes dorsalis.

(Brit. med. journ. 1906. Mai 5.)

Verf. betont die Wichtigkeit sachgemäßer Behandlung chirurgischer Komplikationen der Tabes und erläutert dies an einigen lehrreichen Beispielen von tabischer Arthropathie, tabischen Spontanfrakturen, Ulcus perforans. Besonders interessant ist ein Fall von sehr chronisch verlaufender Tabes (über 20 Jahre), bei dem im Verlauf der Krankheit nach einander beide Knie in typischer Weise erkrankten, während des Schlotterstadiums sorgfältig geschient wurden und



schließlich durch Knochenneubildung vollständig versteiften, so daß Pat. sich mit einem Stocke leidlich fortbewegen konnte. Nur der sachgemäßen Behandlung während des Zeitabschnittes, in dem das Gelenk schlottert, ist dieses Ergebnis zu danken. Überläßt man solche tabischen Arthropathien sich selbst, so entstehen unheilbare Verschiebungen der Knochenenden aneinander.

Über den Zeitpunkt, wann eine Arthropathie im Verlauf einer Tabes auftritt, kann man keine Regel aufstellen; zuweilen ist sie das erste Symptom, zuweilen tritt sie nach 20 Jahren auf. Alle großen Gelenke werden befallen, die kleinen so gut wie nie.

Die Spontanfrakturen sind viel seltener als die Arthropathien. Eine seiner Kranken erlitt in 13 Jahren sechs verschiedene Spontanfrakturen. Merkwürdigerweise heilen diese Knochenbrüche alle gut und fest. Die Sache verhält sich wie bei den Athropathien: zu gewissen Zeiten einer Tabes besteht in einem Knochen eine Neigung zu Spontanfrakturen durch eine Art Dystrophie, aber diese Neigung ist vorübergehender Art und schwindet wieder. Daraus ergibt sich die große Wichtigkeit richtiger Behandlung. Ähnliches gilt für die perforierenden Geschwüre.

Die Tatsache, daß die Tabes langdauernde Stillstände machen kann, beweist die Notwendigkeit, ihre chirurgischen Komplikationen mit mehr Sorgfalt zu behandeln, als zuweilen üblich ist.

Weber (Dresden).

---

4) **J. Riedinger.** Über Schlottergelenke.

(Würzburger Abhandlungen Bd VI. Hft. 3.)

In ätiologischer Hinsicht unterscheidet R. Schlottergelenke traumatischen Ursprunges, solche infolge konstitutioneller entzündlicher und degenerativer Prozesse, und solche aus statischen Ursachen. Nach Traumen genügt zur Bildung eines Schlottergelenkes schon die Verdickung eines der Gelenkenden, ferner trägt dazu bei Verkürzung der Knochen, Erschlaffung der Muskulatur, Zerreißung des Band- und Kapselapparates. Die sekundären traumatischen Schlottergelenke sieht man häufig im Anschluß an Unfallverletzungen. Oft sind die Beschwerden groß, wenn auch die Erscheinungen des Schlottergelenkes wenig ausgesprochen sind. Besonders im Anfange sind die traumatischen Schlottergelenke oft schmerzhaft infolge der ständig wiederkehrenden Distorsionen. Derartige schmerzhafte Distorsionen stellen auch gewisse für die Gelenke fremdartige Rotationsbewegungen vor, wie sie z. B. bei einem stark nach außen gerichteten Bein vorkommen. Dreht sich hier beim Gehen der Oberschenkel auf dem fixierten Unterschenkel und dieser wieder auf dem Talus, so werden durch diese Drehungen Schmerzen hervorgerufen. Als solche Torsionsschmerzen faßt Verf. die Schmerzen im Kniegelenk bei beginnender Koxitis und auch die Plattfußschmerzen auf. Ähnliche Beschwerden machen auch Frakturen, die mit Dislocatio ad peripheriam geheilt sind. Auch die Störungen bei der von Volkmann so genannten Laxität der Gelenke

sind durch solche Zerrungen infolge veränderter Stellung der Gelenkachsen verursacht.

Als weitere Veranlassung für abnorme Schlaffheit der Gelenke ist die dauernde Extension anzusehen. Leser hat deshalb bei Extensionsverbänden das Kniegelenk durch einen kurzen Gipsverband geschützt, und Reichel hat, um das Kniegelenk in leichter Flexion zu erhalten, zur Extension die dorsale Gipsschiene empfohlen.

Noch nicht genügend berücksichtigt unter den Ursachen der Schlottergelenke ist die Dehnung der Muskeln, die besonders an den biarthrodialen Muskeln eine Rolle spielt. Anhaltende Dehnung des Gastrocnemius durch fixierende Verbände führt zur Ausbildung des Genu recurvatum. — Schließlich ist unter den Ursachen der sekundären traumatischen Schlottergelenke noch die traumatische Epiphysenlösung zu erwähnen.

Unter den konstitutionellen Ursachen der Schlottergelenke ist vor allem die Rachitis zu nennen. Hierbei sind die Gelenke besonders gefährdet durch das Tragen orthopädischer Apparate. Es müssen deshalb die Apparate nachts stets entfernt, daneben Bäder, Muskelübungen und Massage angewendet werden. Von weiteren Erkrankungen sind chronischer Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans zu nennen, ferner jede Art von chronischem Hydrarthros. Schließlich sind die paralytischen Schlottergelenke zu erwähnen infolge spinaler Lähmungen und Verletzungen peripherer motorischer Nerven und der verschiedenen Formen der progressiven Muskelatrophie.

Schlottergelenke aus statischen Ursachen entwickeln sich bei Verkürzungen einer unteren Extremität auf der gesunden Seite als Genu recurvatum oder Plattfuß.

Anatomisch findet man die erweiterte Gelenkkapsel der Schlottergelenke stets erweitert und hypertrophisch.

Symptomatisch kann man bei den traumatischen Fällen unterscheiden: 1) das Stadium der Dehnung, 2) das der Erschlaffung, 3) das der Schlotterung. Diese Stadien sind aber nicht streng auseinanderzuhalten; z. B. treten im zweiten Stadium häufig Rezidive des ersten auf. Im dritten Stadium entfernen sich die Gelenkflächen mehr oder weniger weit voneinander. Deviationen und Luxationen sind nur als Folgezustände des Schlottergelenkes aufzufassen. Bei jedem Schlottergelenk spielt die Muskelatrophie, die sowohl Ursache als Folge sein kann, eine große Rolle.

Diagnostisch kommen häufig Irrtümer vor, z. B. wenn Schmerzen vom Fuß her bis in die Hüfte ausstrahlen. Auch bei Klagen über Umknicken und Schmerzen im Fuß nach Art der Plattfußbeschwerden sind häufig abnorme Gelenkbewegungen im oberen und unteren Sprunggelenk die Schuld.

In der Behandlung spielt die Prophylaxe die Hauptrolle. Besonders müssen alle Distorsionen sorgfältig behandelt werden. Bei hochgradigen Schlottergelenken kommen Schienenhülsenapparate in Betracht, bei solchen leichteren Grades sind sie meist zu entbehren.

E. Moser (Zittau).

---

5) **Porcile.** Trapianti di midollo osseo.

(Sperimentale Bd. LX. Hft. 1.)

Knochenmark läßt sich bei Kaninchen und Hunden in Muskeln, Leber, Niere und Milz transplantieren. Es geht zugrunde oder bleibt leben, zeigt auch Kernteilungen; Proliferation der Zellen des Stützgewebes, der Endothelien der Gefäße und großer ovoidaler Zellen, die in der Peripherie zunächst dem Knochen liegen. Es entsteht daraus Bindegewebe. Knorpelbildung fand sich nie, sehr selten Knochen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

6) **O. Hildebrand.** Über die Totalexstirpation kranker Gelenke.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 147.)

Für die feuchten, weichen Formen der Gelenktuberkulose und für die Mischinfektionen zieht Verf. die Resektion der Gelenke ohne Eröffnung vor, wobei sicher radikaler vorgegangen, stets im Gesunden exstirpiert, aber auch leichter mit Nebenverletzungen und technischen Schwierigkeiten gerechnet wird. Für das Hüftgelenk ist die Methode natürlich unmöglich, für Knie-, Fuß-, Ellbogen- und Schultergelenk werden detaillierte Angaben, teilweise mit Bildern, gegeben. Die Resultate werden nicht mitgeteilt. H. übt das Verfahren seit 10 Jahren.

Goebel (Breslau).

---

7) **E. Lexer.** Zur Behandlung akuter Entzündungen mittels Stauungshyperämie. (Aus der kgl. chirurgischen Klinik zu Königsberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

L. bespricht die Veränderungen, welche die für den Verlauf einer akuten Entzündung bedeutendsten Vorgänge am Infektionsorte durch die Stauungsbehandlung erleiden und sucht festzustellen, unter welchen Umständen dieselben nützliche oder schädliche Folgen haben. Er kommt dabei zu folgender Auffassung: Die veränderten Resorptionsverhältnisse bewirken nur in leichten Fällen keinen Nachteil; bei schweren sind genügende Einschnitte zu fordern, um von dem erkrankten Gewebe die Gefahr der verminderten Resorption während der Stauung, von dem Gesamtorganismus die der gesteigerten Resorption nach Abnahme der Binde fernzuhalten. Die Vermehrung der Schutzkörper infolge der Stauungsbehandlung ist bezüglich antitoxischer Stoffe ohne wesentliche Bedeutung, bezüglich der bakteriziden in leichten Fällen vorteilhaft, in schweren schädlich durch das Freiwerden größerer Endotoxinmengen infolge der Bakteriolyse. Nur große und frühzeitig angelegte Spaltungen des Gewebes begegnen diesem Nachteil. Die Vermehrung der proteolytischen Fermente infolge der Stauungsbehandlung wirkt in infizierten Verletzungs- und Operationswunden günstig. Die Einschmelzung entzündlicher Infiltrate dagegen muß überall, wo es sich nicht um ganz leichte Formen handelt, durch

frühzeitige Schnitte verhütet werden, da sonst der nekrotisierende Vorgang wichtige Gewebsabschnitte (z. B. Sehnen) erreicht, oder der Eiter in die Nachbarschaft durchbricht. Die vermehrte Transsudation bzw. Exsudation während der Stauung wirkt in geschlossenen oder ungenügend inzidierten Entzündungsherden schädlich durch Verbreitung der Giftstoffe im Gewebe, nützlich dagegen in breit geöffneten und in infizierten Verletzungs- und Operationswunden durch die mechanische Ausschwemmung der Infektionsstoffe. Demzufolge hält L. die Stauungsbehandlung bei akuten pyogenen Erkrankungen im allgemeinen nur in leichten Fällen für geeignet, in zweifelhaften und schweren dagegen nur nach frühzeitigen und genügend großen Spaltungen der Entzündungsherde, sobald durch die erste Tamponade die Blutung gestillt ist. Durch die Kombination breiter Schnitte mit der Stauungsbehandlung werden, wie L.'s klinische Erfahrungen bestätigen, die Nachteile dieser und der bisher üblichen mühe- und schmerzvollen Tamponade in Fortfall gebracht. — Von der Saugbehandlung nach Klapp, die die Entfernung der Infektionsstoffe aus dem Entzündungsherde erstrebt, hat L. bei beginnenden leichten und in der Mitte erweichten Entzündungen, ferner bei Furunkeln und Karbunkeln sehr schöne Erfolge, namentlich auch in bezug auf Abkürzung der Heilungsdauer, gesehen; in allen anderen Fällen aber, in denen die Infiltrate die Neigung zum Fortschreiten haben und noch nicht verflüssigt sind, kann sie zur Verschlimmerung führen.

Kramer (Glogau).

---

8) **F. Lämmerhirt.** Die Behandlung mit Stauungshyperämie nach Bier in der Hand des praktischen Arztes.

(Med. Klinik 1906. Nr. 15.)

L. rät im Gegensatze zu Bier zu ausgiebiger Verwendung der Stauung auch in der ärztlichen Praxis, wobei die Anwendung nach eingehender Belehrung und Unterweisung den Kranken überlassen wird, mit bestem Erfolge, wie mehrere Krankengeschichten lehren.

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **Hildebrandt.** Die Prognose und Therapie der Schädelverletzungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

Die Prognose der Schädelverletzungen ist von zwei Punkten abhängig: einmal von dem Charakter der Wunde (Querschnitt des Projektils und dessen lebendiger Kraft) und zweitens von der Ausdehnung, in der der Schädel durchsetzt wurde, und von der Bedeutung des durchbohrten Hirnabschnittes. Je tiefer der Schußkanal gelegen, je länger er ist, desto größer ist auch die Lebensgefahr. Direkte Verletzungen der hinteren oder mittleren Schädelgrube durch moderne Kriegsfeuerwaffen enden regelmäßig tödlich, dagegen wurden Heilungen bei Schüssen durch die vordere Grube beobachtet. Transversale Schüsse sind günstiger als sagittale und besonders vertikale. Die

tiefen perforierenden Verletzungen sind wegen der geringeren Gefahr der Infektion prognostisch günstiger als die oberflächlich perforierenden Schüsse. Die Prognose der Schädelverletzungen durch Artilleriegeschosse, durch Schrapnellfüllkugeln und Granatsplitter ist noch viel ungünstiger.

Die Behandlung der Schädelverletzungen soll nach Ansicht der einen Autoren abwartend sein; nur bei Blutungen aus der Meningea media und bei Auftreten von Krämpfen nach einer Verletzung der Parietalgegend soll trepaniert werden (v. Bergmann). Andere Autoren (beinahe sämtliche Kriegschirurgen) betonen, daß jeder Schädelschuß unbedingt primär trepaniert werden muß, wenn es unter aseptischen Kautelen geschehen kann. Die Möglichkeit einer späteren Infektion soll dadurch erheblich gemindert werden; auch wurde beständig in unmittelbarem Anschluß an die Operation ein Zurückgehen der Ausfallserscheinungen beobachtet. Endlich wird die Heilungsdauer durch die primäre Trepanation abgekürzt. Es rät daher Verf., die Trepanation so früh wie möglich zu machen; besonders die Tangentialschüsse müssen baldigst in Angriff genommen werden. Zur Freilegung der Knochendefekte wählt man Kreuz- oder Bogenschnitte. Die vorhandenen Öffnungen erweitert man mit Meißel oder Zange, bis man den Grund völlig übersehen kann; die deprimierten Knochenstücke werden entfernt. Bei Rinnenschüssen wird, soweit die Furche reicht, die ganze losgerissene und eingedrückte Interna fortgenommen. Nach Ausräumung der Blutgerinnsel und des vollkommen zertrümmerten Gehirns kann man bei reaktionsloser Wunde die Haut bis auf die Schußlöcher vernähen, vorsichtiger bleibt die Drainage. Bei den tiefen perforierenden Schädelschüssen legt man regelmäßig nur die Eintrittsöffnung des Geschosses frei; ist jedoch die Ausgangsöffnung groß, so auch diese. Das Geschoß wird nicht gesucht. Bei der Nachbehandlung ist besonders auf das Auftreten eines Hirnabszesses zu achten; dieser liegt meist zu Anfang des Schußkanales. Bei Hirnvorfall ist die Behandlung mit Formalin am besten; der Vorfall darf nicht abgetragen werden. **Langemak** (Erfurt).

---

10) **F. Krause.** Beiträge zur Pathologie der Jackson'schen Epilepsie und zu ihrer operativen Behandlung.

(**Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 44a.**)

Viele in diesem Vortrag enthaltene Auseinandersetzungen finden sich ausführlicher besprochen in dem Kapitel »Hirnchirurgie«, welches Verf. in der Deutschen Klinik (v. Leyden-Klemperer) bearbeitet hat. Es sei daher auf diese Arbeit verwiesen; hier kann aus der Fülle der Beobachtungen und der aus ihnen sich ergebenden lehrreichen Erfahrungen nur einzelnes hervorgehoben und die Lektüre der interessanten Arbeit angelegentlichst empfohlen werden.

Nach physiologischen Ausführungen über die Zentralregion betont Verf. zunächst, daß die Jackson'sche Epilepsie keine Krankheit sui

generis ist, sondern einen Symptomenkomplex darstellt, der bei vielen Leiden des Gehirns und seiner Häute vorkommt, also durch die verschiedensten Ursachen ausgelöst werden kann.

Unter den Beobachtungen des Verf. lassen sich nach Absonderung der traumatischen Fälle drei Gruppen unterscheiden: 1) Fälle, die sich an die zerebrale Kinderlähmung anschließen; 2) Gehirngeschwülste oder Geschwülste der Hirnhäute; 3) Fälle, bei denen im ganzen Operationsgebiete keine pathologischen Veränderungen sich finden. Die letzte Gruppe ist die wichtigste, weil die Frage, ob die Exzision des primär krampfenden Zentrums ausgeführt werden soll oder nicht, noch nicht einheitlich entschieden ist. Das Verfahren ist jetzt von den meisten Chirurgen verlassen, aber nach des Verf. Ansicht mit Unrecht; denn wenn man nicht, wie das früher geschah, durch die anatomischen Merkmale das Zentrum bestimmt, sondern durch die faradische Reizung, wird man auf Erfolge rechnen können. Die Exzision hat im Zusammenhang mit den weichen Hirnhäuten, und zwar bis zur weißen Substanz, d. h. in einer durchschnittlichen Tiefe von 5—8 mm, zu erfolgen.

Wenn auch das einzeitige Operieren das Beste ist, so wird man doch oft gezwungen, eine Hirnoperation auf zwei oder mehr Zeiten zu verteilen, und kann dies bei der Epilepsie, wo es sich um ein jahrelang bestehendes Leiden handelt, ohne Bedenken geschehen. Die Gefahr der Operation wird dadurch jedenfalls verringert. Die Prognose ist bei jeder Form der Jackson'schen Epilepsie eine zweifelhafte, da die epileptische Veränderung stabil geworden sein und sich von ihrem ursprünglich begrenzten Herd aus auf weite Strecken der Hirnrinde verbreitet haben kann; wir sind aber nicht imstande, eine solche Ausbreitung aus der Art der Krampfanfälle und den übrigen Erscheinungen der Epilepsie zu folgern oder bei der Operation anatomisch zu erkennen. Obwohl infolgedessen vielen Operierten der Dauererfolg versagt bleiben wird, darf dieser Mißerfolg von weiteren berechtigten Versuchen nicht abhalten. Je früher der Kranke zur Operation kommt, um so eher können wir auf Heilung rechnen. Immer soll die Gehirnoberfläche freigelegt werden. Nie soll man sich bei normal aussehender und pulsierender Dura mit der Trepanation begnügen, da schwere Veränderungen am Gehirn sich trotz normaler Dura finden können.

Langemak (Erfurt).

---

11) **Ostwalt** (Paris). Über tiefe Alkohol-Kokain- oder Alkohol-Stovaininjektionen bei Trigeminus- und anderen Neuralgien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 1.)

Mit einer bajonettförmig gebogenen modifizierten Schlösser'schen Kanüle, die auf eine mit 2—3 Raumzentimetern 75%igen Alkohols (plus 0,01 g Kokain oder Stovain) gefüllte Spritze geschraubt ist, sticht Verf. direkt hinter der Alveole des Weisheitszahnes in die Schleim-

haut des oberen Fornix des Vestibulum ossis ein und arbeitet sich langsam zum Foramen ovale und rotundum in die Höhe, nötigenfalls auch zur Fissura orbitalis superior. Auf jeden Ast werden 1—2 ccm der Lösung injiziert (Einzelheiten der Technik siehe Original). Die der Einspritzung folgende Parese oder Hyperästhesie dauert oft nur einige Stunden oder Tage, manchmal jedoch schwindet sie erst nach Wochen und Monaten. In 90% der Fälle kehrt der Reizzustand des Nerven nicht zurück, wenn 3—4 Einspritzungen gemacht sind; eine einzige Sitzung bringt zwar schon bedeutende Linderung, aber meist keine Heilung. Zwischen den Einspritzungen sollen 5—7 Tage verstreichen. In denjenigen Fällen (10%), in welchen die Alkoholinjektionen nicht zum Ziele führen, glaubt O., daß die Ursache der Neuralgie aller Wahrscheinlichkeit nach im Innern der Schädelhöhle gegelegen ist.

Verf. hat die Methode seit 1904 angewendet, u. zw. in 45 Fällen schwerster Form von Gesichtsneuralgien. Die Einspritzung soll nicht schmerzhafter als ein neuralgischer Anfall sein; bei empfindlichen Pat. kann auch Narkose angewandt werden zwecks Operation. Rückfälle treten bei einem Drittel der Pat. auf, im allgemeinen 4—5 Monate nach dem ersten Eingriff; doch sind die Rezidive weniger heftig als die ursprüngliche Neuralgie und weichen prompt 1—2 neuen Einspritzungen. Wenn man die Methode beherrscht, soll sie gefahrlos sein. Verf hat noch nicht einen einzigen nennenswerten operativen Zwischenfall erlebt.

Auch beim spastischen Facialiskrampf hat Verf. nach der von Schlösser gut geregelten Technik mit gutem Erfolg das Verfahren angewendet. Auch Ischias, Neuralgien des N. cruralis, N. obturatorius, des N. cutaneus femoris ant. ext., des Ulnaris u. a. wurden mit Erfolg auf gleiche Weise behandelt. **Langemak** (Erfurt).

---

12) **Schlösser** (München). Zur Behandlung der Neuralgien durch Alkoholinjektionen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 3.)

Verf. wahrt sich in der kurzen Mitteilung das Prioritätsrecht, da in dem obigen Artikel von Ostwalt nur die von ihm erdachte Methode publiziert sei. S. warnt davor, schwierige Fälle von Neuralgie in Behandlung zu nehmen vor dem Erscheinen seiner ausführlichen Publikation, in der für alle Fälle eine genaue Anleitung gegeben wird.

Langemak (Erfurt).

---

13) **Ostwalt** (Paris). Noch einmal zur Einspritzungsbehandlung der Neuralgien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 7.)

Erwiderung auf den Artikel Schlösser's. O. nimmt für sich in Anspruch, das von Schlösser für den dritten Trigeminusast er-

sonnene Verfahren auf den ersten und zweiten ausgedehnt und diese Äste direkt an ihrer Austrittsstelle aus der Schädelhöhle erreicht zu haben.

Langemak (Erfurt).

---

14) B. Alexander. Die Bewegungen der Carpalknochen bei der Adduktion und Abduktion des Daumens.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IX. Hft. 4.)

An der Hand von Röntgenbildern des Handgelenkes, in typischen Lagen aufgenommen, beschreibt Verf. die einzelnen Bewegungsphasen sämtlicher Handgelenksknochen bei der Adduktion resp. Abduktion des Daumens. Diese im einzelnen hier anzuführen, würde, so interessant und so wichtig sie für den Röntgenologen sind, den Rahmen eines Referates weit überschreiten, und müssen diese im Original nachgelesen werden. Zur Betrachtung der Negative empfiehlt Verf. (wie schon früher Ludloff-Breslau; Ref.) die Benutzung eines Vergrößerungsglases, um die durch daneben liegende Schatten verdickten Umrisse der einzelnen Handgelenksknochen mit Sicherheit zu erkennen.

Gaugele (Zwickau).

---

15) Hildebrandt. Die volare Luxation des Os lunatum carpi und ihre Behandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1905. Nr. 30.)

Die eigentümliche, doppelkeilähnliche Gestalt des Os lunatum ist der Grund für seine Neigung zur Verrenkung, während die übrigen Handwurzelknochen brechen. Der Verrenkungsmechanismus wird an der Hand schematischer Zeichnungen und eines Röntgenogramms erläutert. Drei operativ behandelte und geheilte Fälle werden mitgeteilt. In frischen Fällen muß die Reposition versucht werden; Zug an der Hand, forcierte Dorsalflexion bei direktem Druck auf das verrenkte Mondbein mit nachfolgender Volarflexion. Gelingt die Einrichtung, die in Narkose zu erfolgen hat, nicht, so muß sofort operiert werden. Die Exstirpation des verrenkten Knochens ist bei komplizierten Verrenkungen die sicherste Methode. Die Nachbehandlung besteht bei isolierter Verrenkung des Lunatum in Fixation der leicht volarflektierten Hand im Gipsverband oder auf Schiene. Notwendig ist die Kontrolle durch Röntgenbild. Für die mit Frakturen anderer Knorpelknochen komplizierte Verrenkung wird nach möglichster Reposition in Narkose die Anlegung einer exakten, an den Fingern und der Hand angreifenden Extension empfohlen. Besteht eine Verrenkung über 14 Tage, ist unblutige Reposition nicht zu erhoffen. Man kann abwarten und nach 3—4 Wochen medico-mechanisch behandeln; bis dahin absolute Ruhe des Carpus durch Feststellung. Indikationen für spätere Operation sind: 1) Störungen im Gebiete des Nervus ulnaris oder medianus; 2) das Auftreten einer chronischen deformierenden Arthritis.

Langemak (Erfurt).

---

16) **Doberauer.** Über die Behandlung von Lähmungen und Deformitäten der Glieder mittels Sehnentransplantion.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 13—17.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen der Wölfler'schen Klinik. Im allgemeinen ist er der Ansicht, daß die durch die Sehnentransplantation zu erzielenden Erfolge in weiteren ärztlichen Kreisen nicht genügend bekannt sind, namentlich in anbetracht der großen Verbreitung von Leiden, welche durch diese Operation zu bessern sind. Sie hat auf den großen Gebieten der Sehnenverletzungen und -defekte, der schlaffen und spastischen Lähmungen und Kontrakturen reichen Segen gebracht; bei allen Arten von Lähmungen, denen wir früher hilflos gegenüberstanden, sind ihre Resultate oft glänzend zu nennen. Die letzteren haben für die Lehre von der Innervation Fragen von weittragender Bedeutung angeschnitten, deren Beantwortung uns Physiologie und Neurologie noch schulden, und deren befriedigende Lösung einst wieder befruchtend auf die Methodik der Operation wirken wird.

Die eigentliche Domäne der Sehnenverpflanzung sind die spinalen Kinderlähmungen; sie bringt hier zwei große Vorteile zu gleicher Zeit: sie ersetzt die funktionsfähigen Muskeln und korrigiert die falsche Stellung der gelähmten Glieder, und das in verhältnismäßig kurzer Zeit. Eine wesentliche Stütze für den Erfolg ist die weitgehende Regenerationsfähigkeit selbst längere Zeit gelähmter Muskeln, sofern sie unter günstige Spannungsverhältnisse gebracht werden, unter welchen sogar Muskeln mit elektrischer Entartungsreaktion noch funktionstüchtig werden können. Besonders die Kombination der Sehnentransplantation mit der Redression einer Kontrakturstellung läßt diese Erfahrung häufig machen. Ohne die Wirksamkeit der Nervenüberpflanzung bei der poliomyelitischen Lähmung anzuzweifeln, hält D. die Sehnentransplantation wegen dieser Vorzüge vorläufig jener für überlegen. Bei der Nervenoperation ist ferner ein sicherer Erfolg nicht immer und nur nach längerer Zeit zu erwarten, während der die Deformitätsstellung durch Gipsverbände korrigiert werden muß. Selbst nach einem Erfolge bleibt oft der zu schlaffe Muskel funktionsuntüchtig. Außerordentlich wichtig für den Nutzeffekt der Sehnentransplantation ist nun die Wahrnehmung, daß durch die Sehnenteilung ein anatomisch einheitlicher Muskel in zwei funktionell differente Muskelindividuen umgewandelt wird, von denen das transplantierte sogar die Funktion des Antagonisten übernehmen kann. Selbstredend führt die Überpflanzung funktionsverwandter Muskeln am schnellsten und sichersten zum Ziele. Von Bedeutung ist ferner, daß die meisten Muskeln neben einer Hauptwirkung noch eine oder mehrere Nebenwirkungen haben, die sich zweckmäßig verwenden lassen. Für die Ausführung der Operation empfieht D. — wie Lange —, einen möglichst einfachen Plan aufzustellen. Den bekannten Forderungen Hoffa's: absolute Asepsis, Vermeidung von Blutungen, Vernähung unter Spannung, genügend lange Fixation und Nachbehandlung schließt sich auch D. an. Er operiert mit Gummihandschuhen ohne Blutleere.

Bei den spastischen Lähmungen bezweckt die Operation, die gewissermaßen im Überschuß vorhandene Kraft der kontrahierten Muskeln zu schwächen und den verhältnismäßig zu schwachen Muskeln zuzuführen; letzteres kann die Tenotomie nicht erreichen; ihre Erfolge sind daher nicht von Dauer, wie D. aus Erfahrung an zwei eigenen Fällen bestätigen kann.

Es folgen dann kurze Erörterungen über die Frage der Sehnentransplantation bei apoplektischen Lähmungen, arthrogener Kniekontraktur und bei habitueller Luxation der Kniescheibe und die Sehnenverlagerung bei Plattfuß und Hallux valgus.

Den Schluß der verdienstlichen Arbeit bilden 16 Kranken- und Operationsgeschichten.

Gutzeit (Neidenburg).

---

17) **Graessner.** Zur Behandlung der Frakturen des Oberschenkelschaftes mit Gewichtsextension.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 441.)

Empfehlung der Bardenheuer'schen Extensionsbehandlung unter Hervorhebung der wichtigsten Punkte und Illustrierung tadelloser Heilungen durch ausgezeichnete Röntgenogramme.

Goebel (Breslau).

---

18) **Connell.** Loose bodies in the knee joint.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Eine auf ausgedehnter Statistik fußende Arbeit über Ätiologie, Diagnose und Behandlung der Gelenkkörper, die viel Bekanntes enthält. Deswegen mag nur einiges erwähnt werden. Als Ursache sind in den meisten Fällen traumatische Einflüsse anzunehmen, doch kommen zweifellos Gelenkkörper auch ohne Trauma vor. Bei Absprengungen ist meistens der Condylus internus verletzt, da dieser von der Kniescheibe nicht genügend geschützt wird. Außer Absprengungen können auch fibrös oder knorpelig entartete Blutklumpen oder Nadeln und andere Fremdkörper, welche sich mit fibrösem Gewebe umgeben, Gelenkkörper bilden. Im Laufe der Zeit vergrößern sich die Körper nicht selten. Die wichtigsten Symptome sind der plötzliche, das Gelenk feststellende Schmerz und der nachfolgende Gelenkserguß. Verwechslungen mit dem durch Knorpelerosionen, Luxation der Semilunarknorpel, zerrissene Ligamente, papilläre Synovitis hervorgerufenen Derangement intern sind sehr leicht möglich. Als Behandlung kommt nur die Exzision in Betracht, fingerloses Operieren braucht nicht verlangt zu werden, sofern die Hand mit einem sterilen Gummihandschuh versehen ist. Am Schluß werden einige kasuistische Fälle beschrieben.

Herhold (Altona).



19) **A. Schaefer.** Beitrag zur Technik der Kniescheibennaht. (Aus der chirurgischen Abteilung der Friedrich Wilhelm-Stiftung zu Bonn. Prof. O. Witzel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Witzel übt seit einer langen Reihe von Jahren eine sich durch ihre Einfachheit auszeichnende Methode der Kniescheibennaht, die sich bisher glänzend bewährt und niemals zu üblen Folgen geführt hat. Dicht ober- und unterhalb der Kniescheibe, event. nach Anlegung eines kleines Hautschnittes, wird je ein nach der Kniescheibe zu konkaver Trokar durch die Sehne des Quadriceps bzw. durch das Lig. patellae proprium, ohne die Gelenkkapsel zu eröffnen, quer durch das Gewebe bis zur entgegengesetzten Seite hindurchgestoßen, der Stachel entfernt und durch die liegengebliebene Hülse je ein starker Silberdraht geführt, dessen Enden über einem der Kniescheibe aufgelegten Tampon unter starker Näherung der beiden Führungshülsen geknüpft werden. Hierbei ist darauf zu achten, daß sich nicht Haut oder Fascie zwischen den Bruchstücken einstülpen; hierzu werden die letzteren einander genähert, die Haut und Fascie auseinandergezogen. Eine vordere Gipsschiene sichert für die 1. Woche die Ruhigstellung des Kniegelenkes; alsdann wird die Schiene täglich zwecks Massage der Muskulatur abgenommen, Anfang der 3. Woche mit Bewegungen begonnen und in der 4.—5. Woche die Drähte mit Hülsen entfernt. Die Behandlung ist mit Ablauf der 6.—7. Woche beendet. Auch bei Olecranonfrakturen ergab das gleiche Verfahren vorzügliche Resultate.

Kramer (Glogau).

---

20) **Giese** (Jena). Über isolierte, subkutane Fissuren der langen Röhrenknochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Unter Bericht über einen Fall von isolierter subkutaner Fissur der Tibia an der Medianseite derselben weist G. auf das Mißverhältnis zwischen objektivem Untersuchungsbefund und subjektiven Beschwerden hin, wie es auch der von ihm beobachtete, erst durch die Röntgenaufnahme in seinem Wesen erkannte Fall darbot. Auf der einen Seite nur die objektiven Zeichen einer einfachen Kontusion, auf der anderen enorme Schmerzempfindlichkeit und Funktionsstörung, wie sie nur nach Knochenbrüchen aufzutreten pflegt. Zur Feststellung der Diagnose ist es notwendig, Abbildungen von mehreren Seiten der verletzten Extremität zu machen und die Aufnahmen möglichst frühzeitig auszuführen, da die Fissur ohne Callusbildung heilen oder der Callus wieder verschwinden kann.

Kramer (Glogau).

---

21) **Herhold.** Über Verletzungen der Metatarsalknochen.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II.)

Im ersten Teil der Arbeit berichtet H. über Belastungsversuche, um festzustellen, weshalb der zweite und dritte Mittelfußknochen soviel

häufiger bricht als der vierte. Er kommt zu dem Resultat, daß kein nennenswerter Unterschied der Knochendruckfestigkeit zwischen dem Metatarsus II, III und IV besteht. H. ist daher vielmehr der Ansicht, daß der Grund für jene Häufigkeit des Bruches darin liegt, daß die innere Reihe der Fußknochen beim Marschieren stärker belastet wird; und zwar sind nicht nur die Köpfchen der Metatarsen, sondern die ganzen Knochen diesem Druck ausgesetzt. H. fand ferner übereinstimmend mit seinen Erfahrungen am Lebenden, daß die Bruchstelle stets an der Grenze des distalen zum mittleren Drittel lag, somit nicht, wie andere annehmen, an der größten Biegung und Krümmung des Knochens. Er glaubt sonach, daß an dieser Stelle ein durch die Struktur bedingter schwächster Punkt des Knochens vorhanden sei. Da endlich die Brüche Biegungsbrüche, so findet man häufig Splitterungen.

Im zweiten Teil ist ein seltener Fall einer komplizierten Verrenkung des ersten und zweiten Mittelfußknochens nach unten (Luxatio plantaris) beschrieben, durch Sprung aus beträchtlicher Höhe auf die Erde entstanden. Da die beiden aus der Wunde hervorsehenden, fest eingekeilten Köpfchen nicht zurückzubringen, außerdem stark beschäschädigt waren, resezierte H. dieselben, frischte das proximale Ende der Grundphalanx der ersten Zehe an und nähte.

Das funktionelle Resultat war, trotzdem die Vereinigung nicht völlig knöchern, ein gutes. **Coste** (Straßburg i. E.).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Behandlung veralteter Schenkelhalsbrüche.

Von

Dr. **Max Herz,**
z. Z. Auckland (Neu Seeland).

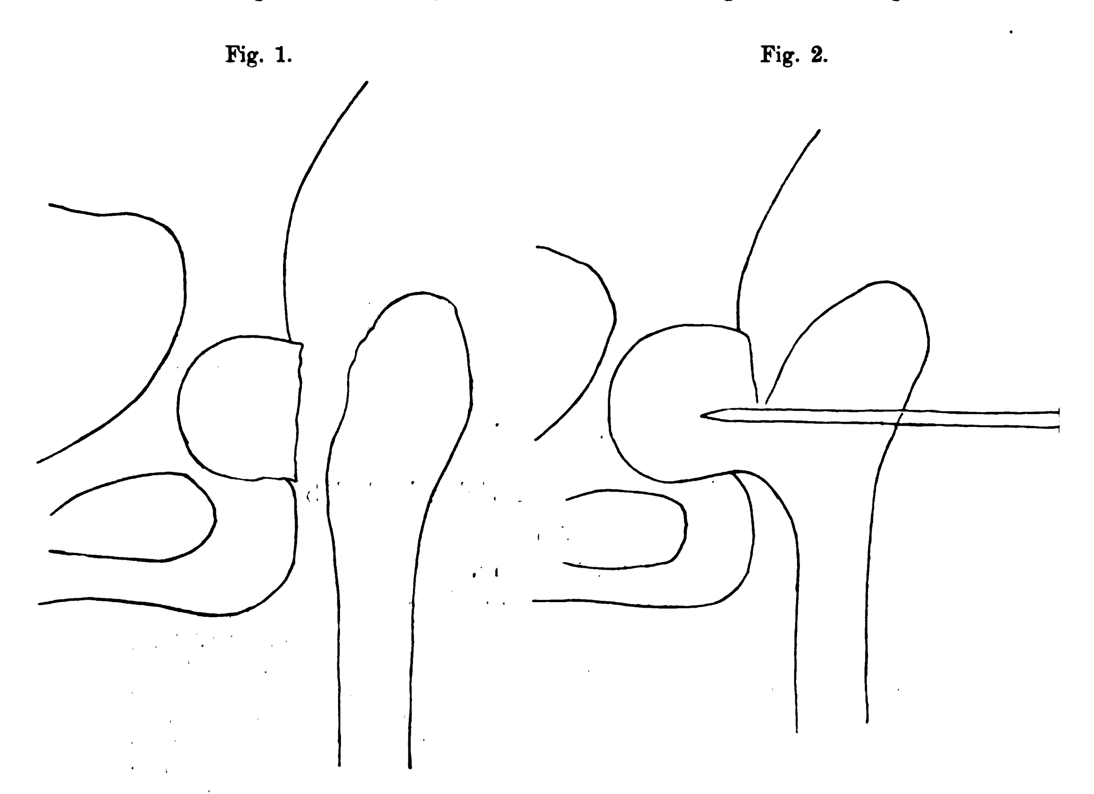
Im Januar 1903 stürzte Miß Wh., eine im übrigen gesunde Dame von 30 Jahren, von ihrem Rade auf die rechte Hüfte. Man brachte sie nach Hause. Der hinzugerufene Arzt stellte Hüftluxation fest und nahm auch eine angeblich erfolgreiche Einrenkung vor. Die Pat. blieb noch — ohne weiteren Verband — 3 Wochen im Bett, dann hielt man sie zum Gehen an. Aber nur mit Hinken schleppte sie sich unter qualvollen Schmerzen an Stöcken oder Krücken weiter. Ihr Arzt nannte sie wehleidig, ihre Beschwerden hysterisch übertriebene, und trieb sie zu neuen Gehversuchen. Im März 1904 — 15 Monate nach dem Unfall — sah ich sie zum ersten Male. Die Schmerzen in Knie und Hüfte hatten sie sehr mitgenommen, jeder Schritt war ihr eine Pein. Die rechte untere Extremität war 6 cm kürzer. Der Trochanter stand hoch über der R.-N.-L. und ließ sich deutlich am Becken auf- und abschieben, ohne Krepitation; ein Schenkelkopf konnte nicht getastet werden. Das alles deutete auf eine veraltete, nicht konsolidierte Collumfraktur — eine Diagnose, die das Röntgenbild, dessen Schattenriß Fig. 1 zeigt, völlig bestätigte.

So sehr litt die junge Dame unter ihrem Zustande, daß sie von vornherein sich zu allem bereit erklärte, das nur irgendwie ihr Linderung und Befreiung versprach. Ich entschied mich, durch Anfrischung und Nagelung der Bruchenden eine Konsolidation anzustreben. Anfang Mai 1904 fand die Operation statt. Ein etwa



10 cm langer Schnitt lateral vom Tensor fasciae latae legte das Hüftgelenk frei. Kreuzweis wurde die Kapsel gespalten. Außenrotation und Senkung des Beines brachte das Bruchende des Femur zu Gesicht. Eine schmale Säge und Meißelarbeit frischten eine größere Strecke an — nicht glatt, sondern gerippt. Schwieriger war ein gleiches Vorgehen am Schenkelkopf, der nur knapp aus der Pfanne hervorragte. Indessen es gelang — und unter Extension am Bein paßten die angefrischten Enden sich schön aufeinander. Über dem Trochanter ward dann in kleiner Wunde auf den Knochen eingeschnitten, und von hier ein silberner Nagel von Bleistiftdicke und 7 cm Länge eingetrieben bis tief in den Knopf hinein. Der Nagel stand ein wenig aus der Wunde heraus, da die Absicht bestand, ihn nach 6 Wochen wieder zu entfernen. Nähte verkleinerten die Hauptwunde, in ihre Mitte wurde ein bis auf den Knochen gehender Gazestreifen eingelegt. Über das Ganze kam ein aseptischer Verband, alsdann ein auf Dollinger'schen Stangen an-

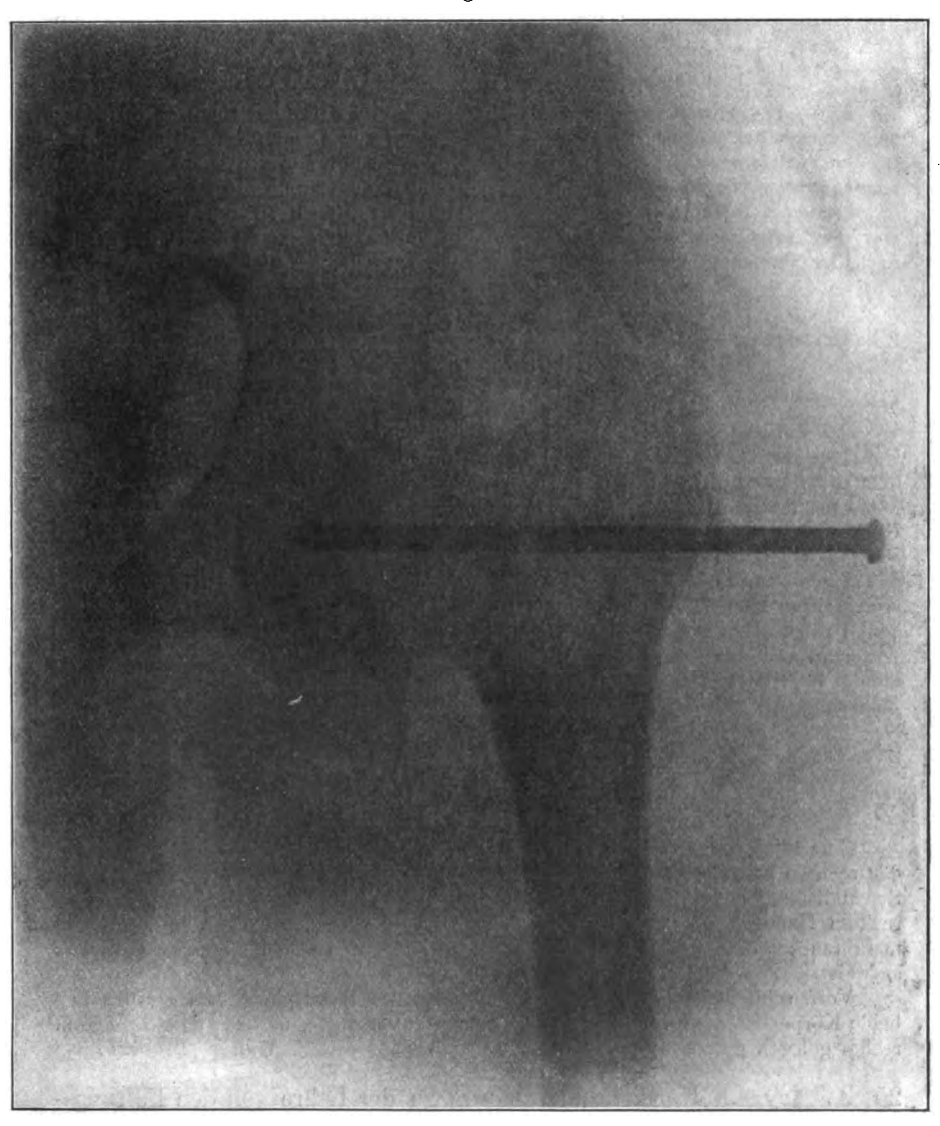
Fig. 1. Fig. 2.



gelegter Gipsverband vom Becken zum Knie. Die Heilung erfolgte p. p. ohne die geringste Störung. Der Tampon wurde durch ein Fenster am 3. Tage entfernt. Nach vierwöchiger Bettruhe begann Pat. umherzugehen. Schmerzen oder Beschwerden bereitete ihr das nicht. Am Ende der 6. Woche wurde der Verband entfernt. Eine Röntgenographie, an dem Tage aufgenommen, zeigte nun, daß die unteren, fußwärts gelegenen Teile des Bruches durch eine Knochenbrücke vereint waren, indes oberhalb ein heller Spalt sich zeigte (Fig. 2 zeigt den Schattenriß). Ich hielt die Befestigung für nicht genügend und sicher genug, eine Entfernung des Nagels zu rechtfertigen. Deshalb trieb ich ihn vollends hinein und schloß die kleine Trochanterwunde. Pat. überstand auch das vortrefflich und nahm bald ihre Übungen wieder auf, lernte ohne Schmerzen und Beschwerden immer weitere Strecken gehen, zuletzt an 3 und 4 km, konnte bald auf dem Boden hocken, mit

gut gebeugten Hüften sitzen, stieg leicht auf Treppen und Stühle, kurz gewann dem Gelenke normale Bewegungsweiten. Und so ist's noch heute — 2 Jahre nach der Operation. Eine einzige, geringe Störung ist die Verkürzung des ganzen Beines um 2 cm, die indes leicht durch einen erhöhten Absatz ausgeglichen ist. Eine Coxa vara traumatica erklärt diese Verkürzung; sie hätte sich wohl vermeiden

Fig. 3.



lassen, wäre die Gewichtsextension am Beine während der vierwöchigen Bettruhe fortgesetzt worden. Das dritte Bild ist im März 1906 aufgenommen. Es zeigt deutlich die völlige Konsolidation der Bruchenden. Mehr als das. Im oberen Teile hat sich ein Hals neu geformt. Die Coxa vara ist deutlich. In letzter Zeit nun

begann der Nagelkopf durch innere Reibungen Beschwerden zu machen. Seine Anwesenheit war ohnedies nicht mehr nötig — und so wurde er vor 7 Wochen leicht aus seinem Kanale gezogen. Das überaus günstige Befinden der Pat. wurde in keiner Weise verändert oder beeinträchtigt.

Auckland, am 3. Mai 1906.

---

22) **Lair.** Fracture du crane. Trépanation, transport dix heures en montagne deux jours après. Guerison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1906. Februar.)

Durch Sturz aus seinem 2 m hoch aufgestellten Bette hatte sich ein Jäger einen Bruch des rechten Scheitelbeines zugezogen; aus dem rechten Ohre blutete es, der Verletzte war völlig bewußtlos. L. machte unter primitiven Verhältnissen eine Operation, durch welche er die Bruchstelle freilegte und einen auf das Gehirn drückenden Knochensplitter und einen Blutklumpen entfernte. Am folgenden Tage war der Verletzte wieder bei Besinnung und wurde völlig gesund trotz eines 2 Tage nach der Trepanation notwendigen 10stündigen Transportes im Gebirge.

Herhold (Altona).

23) **Friedrich** (Greifswald). Stich oder Hammerverletzung der rechten Schädelhälfte (traumatische Encephalitis).

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

Der äußerst interessante, sehr schön beobachtete Fall betrifft einen 19jährigen Pat., bei dem keine nachweisbare Depression oder Knochenzertrümmerung nach oben erwähnter Verletzung vorhanden war. Nach dem Überfalle konnte der Verletzte noch gehen, erkrankte aber wenige Stunden später unter heftigen Kopf- und Nackenschmerzen, anhaltendem Erbrechen. Bei der Aufnahme am Abend des zweiten Tages bestand Unklarheit, Muskelkrämpfe des linken Armes und Beines, des linken Facialis, welche bald in schlaffe Lähmung übergingen. Diagnose: akute rechtsseitige Encephalitis im Bereiche des motorischen Rindengebietes. Die Operation zeigt einen 1½ cm langen Schlitz in der Dura, im Bereiche des motorischen Armzentrums. Aus dem Schlitz quillt nach Erweiterung in entzündlicher Erweichung begriffene Hirnmasse hervor. Drainage des Herdes. Sofort einsetzende Besserung, die zur fast völligen Heilung führte. **Borchard** (Posen).

24) **Grills.** A case of one cerebral hemisphere supplying both sides of the body.

(Brit. med. journ. 1906. Mai 5.)

Eine 42jährige imbecille Frau mit leichter angeborener spastischer Kontraktur der rechten Extremitäten, aber ohne wesentliche Gebrauchsbeschränkung und ohne Sensibilitätsstörungen erweist sich bei der Sektion im Besitze von nur einer, der rechten Hemisphäre. Die linke ist ein Flüssigkeitssack mit etwa ½ cm dicker membranöser Wandung, die mikroskopisch nur ganz spärliche nervöse Elemente aufweist.

Verf. schließt aus dem Befunde, daß die rechte Hemisphäre zum größten Teil beide Körperseiten mit Motilität und Sensibilität versorgte, und das Sprachzentrum rechts gelegen gewesen sein muß. **Weber** (Dresden).

25) **A. Meyer.** Kasuistischer Beitrag zu der Lehre von den Faltungsfrakturen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1906.

Zu dem aus der Leipziger Poliklinik unter dem Namen der Faltungsfraktur veröffentlichten Infraktionsmodus werden vier weitere Fälle dieser von Helferich als Stauchungsfraktur bezeichneten Art hinzugefügt.

Diese Befunde, deren Diagnose erst durch das Röntgenogramm ermöglicht wurde, stellen die Vorstufe der Infraktion dar. Alle Bilder haben das Gemeinsame, daß an der Konvexität ein Einbruch noch nicht stattgefunden hat, während die Corticalis der Konkavität zu einer Knochenfalte zusammengestaucht wurde.

A. Hofmann (Karlsruhe).

26) **V. Birkenholz.** Zur Kasuistik der Spontanfrakturen bei Tabes dorsalis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1905.

Bereicherung der Statistik um zwei Fälle.

Der erste hatte einen älteren konsolidierten Schenkelbruch aufzuweisen und bot einen Unterschenkelbruch, der im Verlaufe der Behandlung gut konsolidierte.

Der zweite Fall betraf einen Oberschenkelbruch mit großem Hämatom. Keine Konsolidation. Tod an Pyelonephritis. Sektion: Keine Spur Callus.

A. Hofmann (Karlsruhe).

27) **Geissler.** Die doppelseitige Luxatio claviculae retrosternalis.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 175.)

Kurze Übersicht über die hinteren medianen Schlüsselbeinverrenkungen, von denen eine doppelseitige, wie die des Verf., bisher nicht beschrieben ist. Der 50jähr. Mann stürzte aus einer Höhe (Leiter) von 5 m rücklings mit einem solchen Schwung ab, daß er noch über eine 1,70 m hohe Mauer hinüberflog. Mit dem Nacken und der Schulterblattgegend schlug er auf den Boden auf, während der Kopf, nach vornüber gebeugt, die Brust berührte. Durch den großen Schwung, den der Körper bekommen hatte, überschlug sich Pat. im Liegen rücklings, schoß »Kobolz«, d. h. der ganze Körper machte mit den Beinen eine Drehung um die fixierte Schultergegend als Achse. Dadurch wurde der Brustkorb mit großer Gewalt zusammengepreßt, und einmal die Schlüsselbeine hinter das Brustbein nach der Wirbelsäule zu, dann aber besonders das Brustbein mit den Rippen nach oben vor die Schlüsselbeine geschoben, da diese durch die fest dem Boden aufliegenden Schultern fixiert waren. Nur auf diese Weise lassen sich noch vorhandene subkonjunktivale Blutungen erklären, zu deren Entstehung eine Kompression des Rumpfes angenommen werden muß.

Der Befund war typisch: Das Brustbein scharf vorspringend (drei nicht sehr gut reproduzierte Abbildungen), der obere Brustbeinrand bildete einen scharfen Absatz nach dem Halse, der Hals stark verkürzt und der Kopf wie in der Brust steckend.

Reposition durch plötzliches starkes Rückwärtsziehen und Nachuntendrücken der Schlüsselbeine unter Fixierung der Wirbelsäule mit dem Kinn gelang nur insofern, als die Schlüsselbeinenden bis zum oberen inneren Rande des Brustbeines gehoben wurden. Diese Luxatio suprasternalis blieb bestehen, da weder tiefe Chloroformnarkose möglich war — es bestanden übrigens vorher keine Trachealdruckerscheinungen —, noch ein blutiger Eingriff gestattet wurde. Trotzdem trat eine zufriedenstellende Gebrauchsfähigkeit der Arme auf. **Goebel** (Breslau).

28) **Ashhurst.** Fractures of the humerus by muscular violence.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1906. Februar.)

Der 33jährige muskulöse Pat. spürte, als er beim »baseball« den Ball warf, plötzlich Krachen und Schmerzen im Arme, welcher kraftlos herabsank. Es war eine Oberarmfraktur dicht unterhalb des Deltoidesansatzes eingetreten mit charakteristischer Verstellung. Die Bruchlinie war nach dem Röntgenbilde fast quer. Glatte Heilung.

Der Entstehungsmechanismus bei Oberarmbrüchen durch Muskelzug ist zweierlei Art: Heftige Drehung des unteren Humerusendes, während das obere fixiert ist, so z. B. bei der Kraftprobe des Daumenziehens. A. fand 23 derartige Fälle in der Literatur. 2) Brüche, welche während eines Wurfes auftreten. 57 Literatur-



fälle. Der Entstehungsmechanismus ist in der Mehrzahl der Fälle ähnlich wie bei 1). Die Bruchlinie verläuft fast stets mehr oder weniger quer und unterhalb des Deltoidesansatzes. Ausführliches Literaturverzeichnis. **Mohr** (Bielefeld).

29) **Kirstein.** Zur blutigen Reposition veralteter irreponibler Ellbogengelenksverrenkungen.

(v. Leuthold-Gedenkschrift Bd. II. p. 461.)

Beschreibung von vier Fällen, auf Grund derer Verf. schließt, daß die blutige Reposition anzustreben ist, bevor zur Resektion geschritten wird. Die knöchernen Gelenkenden müssen soweit skelettiert werden, daß die Reposition ohne die geringste Schwierigkeit gelingt. Stets seitliche Längsschnitte; ob ein radialer Seitenschnitt (Kocher) allein genügt, oder ob noch ein ulnarer Schnitt hinzugefügt werden muß, hängt von den anatomischen Verhältnissen des einzelnen Falles ab.

Goebel (Breslau).

30) **Selberg.** Über den Abriß der Streckaponeurose der Finger (distale Phalanx). (Aus der Univ.-Poliklinik für orthopäd. Chirurgie zu Berlin.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

S. gibt eine Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle obiger Verletzung und reiht ihnen sechs weitere Beobachtungen aus Hoffa's Poliklinik an, in denen allen auch der verletzte Finger röntgenisiert worden ist. Die Verletzung entstand durch Stoß der Endphalanx des kräftig extendierten Fingers auf einen Widerstand. Die Heilung wurde durch Tragen eines Däumlings mit dorsaler Schiene und täglicher Massage erreicht. Erwähnt sei noch, daß sich nur in einem Fall eine Knochenabsprengung von der dorsalen Basis der Endphalanx nachweisen ließ. **Kramer** (Glogau).

31) **J. H. Pringle.** Reversal of the patella with notes of a case.

(Scottish med. and surg. journ. 1905. Juli.)

Ein 33jähriger Mann war etwa 30 Fuß hoch abgestürzt und hatte sich eine Fraktur im mittleren Drittel des linken Oberschenkels zugezogen, außerdem eine beträchtliche, weit klaffende Hautwunde um das linke Kniegelenk herum mit einer Verschiebung der Kniescheibe lateralwärts, die nicht zu reponieren ging. In Narkose fand man die Kniescheibe auf dem äußeren Rande des lateralen Kondylus liegen, leicht auswärts geneigt. Auch jetzt war eine Reposition unmöglich. Da die straffe Anspannung der Aponeurose eine genaue Tastung der Kniescheibe unmöglich machte, wurde die Aponeurose eingeschnitten, und es zeigte sich nun, daß, wie vermutet, die Knorpelfläche der Kniescheibe nach vorn sah. Auch jetzt gelang deren Zurückdrehung nur mit bedeutender Anstrengung bei gebeugter Hüfte. Hinterher konnte das Knie mehr gebeugt werden, außerdem erwies sich der laterale Kondylus gebrochen. Amputation oberhalb des Oberschenkelbruches; Heilung.

Am Kniegelenke fand man den Vastus internus völlig abgerissen, den oberen Rand der Kniescheibe abgebrochen und lose im Gelenke liegend. Die seitlichen, hinteren und Kreuzbänder waren unversehrt. Die Kniescheibe war mit dem inneren Rande nach rückwärts zu gedreht gewesen.

Verf. bespricht das Zustandekommen derartiger Verdrehungen, von denen er nur sieben ähnliche Fälle in der Literatur hat finden können. Im vorliegenden Falle war wichtig, daß die medialen Ligamente zerrissen waren, daß die Haut, die auch mittels ihrer Spannung die Kniescheibe in ihrer Lage erhält, in weiter Ausdehnung abgelöst war, und schließlich, daß der Oberschenkel gebrochen war. Dadurch waren auch alle Befestigungen, die der Quadriceps gab, außer Wirkung gesetzt worden. Auffallend blieb immerhin noch die Schwierigkeit der Reposition.

E. Moser (Zittau).



32) **Thienhaus.** Fracture of the astragalus with subastragaloid forward dislocation of the foot. Removal of the entire astragalus.

(Annals of surgery 1906. Februar.)

Der Überschrift bleibt nur hinzuzufügen, daß es sich um einen Fall auf die Füße aus erheblicher Höhe handelte, und daß der gebrochene Talus entfernt wurde, da der Verletzte zu spät in Behandlung kam, so daß die Einrenkungsversuche versagten. Verf. bespricht zum Schluß die statistische Arbeit von Deetz (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXIV). **Herhold** (Altona).

33) **Couteaud.** Fracture et luxation de l'astragale. Astragalectomie partielle. Guérison.

(Gaz. des hôpitaux 1906. Nr. 34.)

Der 23jährige Pat. stolperte und fiel. Dabei stützte sich sein schwerer Körper auf den supinierten rechten Fuß, der mit seiner Außenseite den Boden berührte. Der Mann packte seinen Fuß, als er ihn nach innen verdreht sah, an und drehte ihn zurück. Dabei verspürte er heftige Schmerzen und bemerkte einen Vorsprung auf dem Fußrücken.

Am anderen Tage war der Fuß nur wenig geschwollen. Das einzige Auffallende war ein fast halbkugeliger, um etwa 1 cm verschiebbarer Vorsprung am Übergange des Fußrückens in den Fußrand vor der großen Apophyse des Calcaneus. Die Haut darüber war stark gespannt. Beim Versuch, den Vorsprung zu bewegen, fühlte man das Reiben rauher Flächen. Nach einem fruchtlosen Repositionsversuch in Narkose wurde mit einem langen Bogenschnitt der Knochenvorsprung freigelegt. Da die Reposition auch jetzt durch direkten Druck nicht gelang, wurde die Astragalektomie vorgenommen. Es zeigte sich nun, daß eine Fraktur vorlag; den extrahierenden Instrumenten folgte der halbe Talus, und zwar Caput, Collum und ein kleines Stück der Trochlea.

Vom 31. Tag an wurden passive Bewegungen gemacht, nach 35 Tagen ging Pat. an Krücken, nach $2^1/_2$ Monaten frei ohne Beschwerden, trotzdem etwas Varusstellung des Fußes vorhanden war. **V. E. Mertens** (Breslau).

34) **Jeanbrau.** Tarsectomie large pour pied-bot invétéré. Rapport par M. A. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 21.)

J. berichtet über Heilung eines Falles von angeborenem Klumpfuß bei einem 18jährigen Burschen; sie wurde erzielt durch Entfernung der Fußwurzelknochen an dem einen und durch Resektion eines Teiles des Fersenbeines am anderen Fuß; in dem genannten Falle war nach einer Tenotomie im 5. Lebensjahre trotz des Tragens orthopädischer Schuhe ein derartiges Rezidiv aufgetreten, daß Pat. vor der zweiten Operation nur mehr auf allen Vieren umherkriechen konnte. J. verwirft die Tenotomie ohne gleichzeitige plastische Operation an den Fußwurzelknochen und empfiehlt bei der Nachbehandlung die Anwendung von Gipsverbänden durch 3—6 Wochen zur Vermeidung fehlerhafter Stellung des Fußes.

Thümer (Chemnitz).

35) **F. Wette.** Zur operativen Behandlung des schmerzenden Hohlfußes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII. Hft. 2.)

In zwei Fällen von hochgradigem angeborenem Hohlfuß mit starken Beschwerden und Funktionsbehinderung wurde, nachdem Redressementversuche und subkutane Weichteildurchtrennung nicht zum Ziele geführt hatten, das eine Mal am inneren, das andere Mal am äußeren Fußrande eine dorsale Keilosteotomie aus dem Naviculare und Cuboid resp. dem Cuboid allein vorgenommen und durch diese Operation eine gute Korrektur der deformen Stellung und sehr befriedigende Funktion erzielt. **Reich** (Tübingen).

36) **M. Péraire.** Deux cas de métatarsalgie (névralgie de Morton). Intervention opératoire. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1905. Oktober.)

. In dem einen Fall, in welchem P. eine rheumatische Ätiologie annimmt, bestand Druckschmerzhaftigkeit des 2.—5. Metatarsusköpfchens, auch bei Druck auf den Vorfuß von rechts nach links. Das Gehen war nur auf der Ferse und dem äußeren Fußrande möglich. Das Röntgenogramm ergab Subluxationen nach der Seite und unten.

In einem zweiten Falle war nach einem Trauma das Köpfchen des 2. Metatarsus allein in ähnlicher Weise erkrankt.

In beiden Fällen ergab die Resektion der Köpfchen völlige und dauernde Heilung. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

37) **J. Lévai.** Zur Ätiologie des Malum perforans pedis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXXXI. p. 496.)

In einer früheren, von uns in d. Zentralbl. 1899 p. 407 referierten Arbeit hatte L. an einer Reihe typischer Krankheitsfälle klinisch und durch die histologische Untersuchung von Operationspräparaten nachgewiesen, daß das Mal perforant du pied auf Arteriosklerose beruht, eine Ansicht, die indes, wie die neueste Literatur lehrt, keine allgemeine Anerkennung gefunden hat. In vorliegender Abhandlung berichtet L. über 14 neue von ihm beobachtete Fälle, bei denen zwölfmal entweder eine allgemeine Arteriosklerose oder eine umschriebene Sklerose der Fußarterien klinisch, einmal auch histologisch nachgewiesen ist, womit ein neuerlicher Beweis für die ätiologische Abhängigkeit des Leidens von der Arterienerkrankung erbracht ist. In vier der in der ersten Arbeit L.'s verwerteten Fälle trat mittlerweile ein Rezidiv der Geschwürsbildung, die am besten als ein Mittelding zwischen Dekubitus und Gangrän charakterisierbar ist, ein, und wird auch über diese Fälle Krankenbericht erstattet. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

38) **J. Hahn** (Mainz). Das Stangenlager. Ein einfaches Hilfsmittel zur bequemen Anlegung von größeren Verbänden am Rumpfe, Becken und Oberschenkel.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

Das »Stangenlager« besteht aus zwei senkrechten, 100 cm hohen, unten in einen dreiteiligen Fuß auslaufenden Stangen, durch deren in Abständen von ca. 3 cm angebrachte querovale Öffnungen eine Stahlstange durchgeschoben wird; durch eine zweite gleichartige Stützvorrichtung wird die Anlegung von Verbänden erleichtert. Die Stahlstangen werden unter dem Pat. durchgeschoben, letzterer mit ihnen gehoben und dann die Stangen in die Ständer eingeführt, so daß der Pat. auf jenen frei in der Luft schwebt. **Kramer** (Glogau).

39) **A. Tores.** Un nouvel appareil redresseur.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1906. März.)

Obiger Apparat ist wohl als Osteoklast, Torsoklast usw. der einfachste der bisher bekannten. Er wirkt wie die sonstigen durch drei Pelotten, die in allen nötigen Entfernungen zueinander verschiebbar sind. Sie sitzen auf drei Stahlstangen und bewirken durch Schraubendruck die Osteoklasie. Der Apparat kann in jeder Lage des Pat. bequem angewendet werden. 3 Abbildungen im Original. **E. Fischer** (Straßburg i. E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Jena, **E. Richter**, in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Sonnabend, den 30. Juni. **1906.**

Inhalt: **E. E. Goldmann**, Über hochsitzende Hämorrhoiden als Ursache von okkulten Darmblutungen. (Original-Mitteilung.)

1) **Lejars**, 2) **Lejars-Strehl**, Technik dringlicher Operationen. — 3) **Allen**, Chirurgische Technik. — 4) **Hoton**, Chloräthylnarkose. — 5) **Finkelnburg**, Rückenmarksanästhesie. — 6) **Belot**, Röntgentherapie. — 7) **Gray**, Behandlung mit Serum. — 8) **D'Arcy Power**, Zur Chirurgie der Blutgefäße. — 9) **Strasser**, Präparation von Kopf und Hals. — 10) **Denker**, Behandlung bösartiger Nasengeschwülste. — 11) **Rheinboldt**, Foramint. — 12) **Raynor**, Hypertrophie der Rachen- und Gaumenmandel. — 13) **Kuhn**, Wolfsrachen und perorale Tubage. — 14) **Gottstein**, 15) **Nové-Josserand**, Skoliose. — 16) **Dieterle**, Athyreosis. — 17) **Pfeiffer**, Röntgenstrahlen gegen Kropf. — 18) **Pfeiffer**, Röntgenuntersuchung der Luftröhre.

Linnartz, Eine neue Klemme zur Gastroenterostomie und Enteroanastomie. (Original-Mitteilung.)

19) Französischer Chirurgenkongreß. — 20) **Steinthal**, Krankenhausbericht. — 21) **Edens**, Amyloid. — 22) **Bovo**, Pilzerkrankung des Fußes. — 23) **Burfield**, Diphtherische Operationswunden. — 24) **Gennari**, Atypische Lymphdrüsentuberkulose. — 25) **Mc Connell**, Krebs in den Vereinigten Staaten. — 26) **Frangenheim**, Multiple Primärgeschwülste. — 27) **Picqué**, Chloroform und psychische Störungen. — 28) **Reynier**, Chloroformnarkose. — 29) **Luke**, Äthylchlorid. — 30) **Chaput**, Rückenmarksanästhesie. — 31) **Burdick**, Röntgentherapie. — 32) **Tooth**, Die sensiblen Bezirke der Rückenmarksnerven. — 33) **Klaer**, 34) **Dreyfus**, Wirbelbruch. — 35) **Forbes**, Teratom des Rückenmarkes. — 36) **Mavrojannis** und **Cosmettatos**, Halsfistel. — 37) **Terrier** und **Lecène**, Branchialcyste. — 38) **Freiburger**, Skalpierungen. — 39) **Robinson**, Reflexepilepsie. — 40) **Vörner**, Lymphangiectomia auriculi. — 41) **v. Behm**, Kieferschuß. — 42) **Koellreutter**, Kieferhöhlenempyem. — 43) **Beck**, Unterkieferplastik. — 44) **Whiteford**, Zungenepitheliom. — 45) **Kötzle**, Parotitis. — 46) **Glas**, Milzbrand des Kehlkopfs. — 47) **Hoffmann**, Aktinomykose des Kehlkopfs. — 48) **Moltschanow**, Diphtherische Kehlkopfstenose.

(Aus dem Freiburger Diakonissenhaus.)

Über hochsitzende Hämorrhoiden als Ursache von okkulten Darmblutungen.

Von

Prof. **Edwin E. Goldmann.**

In neuerer Zeit ist ganz besonders von Ewald und Nothnagel auf die Bedeutung von »versteckten Hämorrhoiden« als die Ursache von schweren anämischen Zuständen hingewiesen worden. Nur auf



dem Wege der rektoskopischen Untersuchung sind derartige Venenerweiterungen zu erkennen. Sehr lehrreich ist der von Nothnagel beschriebene Fall. Bei einem sonst gesunden Mann erfolgten während 20 Jahren Darmblutungen von wechselnder Stärke. Trotz sorgfältigster Untersuchung ist es innerhalb einer 13jährigen Beobachtungszeit nicht gelungen, die Quelle der Blutung festzustellen.

In einfachster Weise löste sich endlich das Rätsel. Bei Anwendung des Oti'schen Spekulums wurden als die Ursache der Enterorrhagien Varikositäten entdeckt, die in der »Pars ampullaris« des Rektums gelegen waren. Ähnliche Beobachtungen hat Ewald zu verzeichnen. »Ich habe im Laufe der letzten Jahre«, führt Ewald aus, »einige Fälle dieser Art mit geradezu glänzendem Erfolge zur Operation gebracht und möchte deshalb die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese Zustände hinlenken«.

Seitdem ich in den letzten Jahren methodisch die Rektoskopie bei allen Erkrankungen des unteren Darmabschnittes verwende, habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, die Angaben von Ewald zu bestätigen.

Ich beschränke mich auf die Wiedergabe folgender Krankengeschichte.

Der 35jährige Gastwirt S. M. suchte mich am 3. September 1904 auf, und zwar wegen »Hämorrhoiden«, die seit 5 Jahren bestanden haben sollten und zu häufigen Blutungen Anlaß gaben. Mit wechselndem Erfolge hatte er verschiedentlich ärztliche Hilfe aufgesucht. Da seit mehreren Monaten blutig-schleimige Abgänge täglich erfolgten und alle angewandten Mittel versagten, trat der Pat. in das Diakonissenhaus ein.

Der Pat. zeigte bei seiner Aufnahme eine blasse Gesichtsfarbe und blasse Schleimhäute. Brustorgane ohne Besonderheiten. Auch an den Abdominalorganen war palpatorisch oder perkussorisch nichts Abnormes zu finden.

Harn ohne Eiweiß und Zucker.

Der Stuhlgang war angehalten, und wenn er auf Kunsthilfe erfolgte, enthielt er feine Blutfetzen, die mit den Fäkalmassen innig verbunden waren.

Äußerlich war am Anus nichts Abnormes zu entdecken. Bei der am 5. September ausgeführten rektoskopischen Untersuchung fanden sich ca. 10 cm oberhalb der Analöffnung in der Schleimhaut, und zwar der Vorderwand des Darmes entsprechend, kleine erweiterte Venen, die wie Polypen in das Darmlumen prominierten. Aus einzelnen dieser kleinen Varicen trat Blut aus, andere waren mit einem kleinen Blutschorf bedeckt. Im übrigen zeigte die Schleimhaut in der Gegend der Varicen die Zeichen eines leichten Katarrhs; sie war sonst normal.

Nachdem ich mir einen besonderen, durch das Rektoskop einzuführenden Brenner hatte konstruieren lassen, habe ich am 13. September unter Leitung des Auges den Kranz von Varicen galvano-

kaustisch zerstört. Die Heilung erfolgte glatt. Die Blutungen sistierten völlig.

Vor 3 Wochen kam der Pat. wieder zur Untersuchung. Eine Blutung ist nie mehr eingetreten. Der rektoskopische Befund war ein normaler.

In einem zweiten von mir beobachteten Falle traten nach einer erfolgreichen Behandlung von äußeren und intermediären Hämorrhoiden von neuem Blutungen auf, als deren Ausgangspunkt ich 18 cm oberhalb des Anus einen isolierten, etwa haselnußgroßen Varixknoten rektoskopisch entdeckte.

Wie schon Nothnagel und Ewald erwähnt haben, handelt es sich in derartigen Fällen zumeist um geringfügige Blutungen, die aber anscheinend kontinuierlich auftreten und daher schleichend einen schweren anämischen Zustand herbeiführen können. Das Blut mischt sich so innig mit dem Stuhlgang, daß es nicht erkannt wird, bis der Arzt durch die zunehmende Anämie des Kranken veranlaßt wird, seine Abgänge genauer zu untersuchen.

Bezüglich der Lokalisation solcher Venenerweiterungen sei auf die bekannte Darstellung von Waldeyer über die Venen des Rektums, ebenso wie auf die Mitteilungen von Schreiber über Varices in recto und in S romano hingewiesen. Bei Lebenden hat Schreiber wiederholt 15, 16 und 19 cm oberhalb des Anus solitäre und multiple Venenknoten entdeckt, ohne daß tiefer am Darme Hämorrhoidal- oder sonstige Schleimhautveränderungen vorhanden gewesen wären.

Nicht weniger als in 10% der rektoskopisch von Schreiber untersuchten Pat. hat er venöse Gefäßanomalien gefunden, ein Verhältnis, das bei okkulten Darmblutungen sicherlich vollste Berücksichtigung verdient.

Angesichts von Beobachtungen, wie ich sie beschrieben, dürfte es angezeigt sein, auch in Fällen von »äußeren« oder »inneren« Hämorrhoiden durch eine rektoskopische Untersuchung sich davon zu überzeugen daß eine Komplikation mit »hochsitzenden Hämorrhoiden« nicht vorliegt.

Die Behandlung derartiger Hämorrhoiden kann natürlich nur eine operative sein. Unter Leitung des Auges lassen sich die Varicen mit rektoskopisch eingeführten galvanokaustischen Brennern leicht und dauernd beseitigen.

Literatur.

Waldeyer, Das Becken.

Nothnagel, Zur Klinik der Darmblutungen. Festschrift für Max Jaffé. 1901.

Ewald, Anaemia gravis als Folge versteckter Hämorrhoiden. Therapie der Gegenwart 1899.

Derselbe, Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 9 u. 10.

Derselbe, Klinik der Verdauungskrankheiten 1902. Bd. III. p. 425.

Schreiber, Die Rekto-Romanoskopie. Berlin 1903.

Fedoroff, Über Rektoskopie und einige Eingriffe im Rektum. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1898.

1) **F. Lejars.** Traité de chirurgie d'urgence. 5. édition. VIII u. 1144 S. 904 Abbild. und 20 Tafeln.

Paris, **Masson & Cie.**, 1906.

2) **F. Lejars.** Technik dringlicher Operationen. 3. deutsche Auflage, nach der 6. vermehrten und verbesserten französischen Aufl. ins Deutsche übertragen von H. Strehl. V. Teil. 576 S. 406 Fig. 9 Tafeln.

Jena, **Gustav Fischer**, 1906.

Diesem Werke, sei es in der französischen Originalausgabe, sei es in der deutschen Übersetzung, von neuem eine besondere Empfehlung mitzugeben, erübrigt sich. Wäre es nicht so gut, würde es nicht rasch eine so weite Verbreitung gefunden haben. Doch ist es notwendig darauf hinzuweisen, daß L. nicht auf seinen Lorberen ausruht, sondern ununterbrochen tätig ist, durch Verbesserungen und Neuerungen sein Buch auf der Höhe zu erhalten, ohne dabei dessen Umfang wesentlich zu vergrößern. Er erreicht das letztere zum Teil dadurch, daß er Abbildungen in kleinerem Format gibt als früher — ohne daß dabei deren Schärfe leidet —, daß er auch einiges vom Text ausgemerzt hat. Andererseits ist die Zahl der Abbildungen um mehr als 30 vermehrt worden, und ebenso begegnen wir überall kleineren und größeren Zusätzen und Verbesserungen im Text, auf die ich nicht speziell einzeln hinzuweisen brauche, die aber das Urteil gestatten, das Werk steht auf der Höhe der Zeit. Daß die in der früheren Auflage bunt erschienenen Tafeln jetzt schwarz gedruckt sind, gereicht ihnen nur zum Vorteil, da die Farben nicht immer richtig getroffen waren.

Möge das Buch immer weitere Verbreitung finden.

Richter (Breslau).

---

3) **D. P. Allen.** Une technique chirurgicale simple et aseptique.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 12.)

Die Sterilisationstechnik der Verf. ist die denkbar einfachste und hat sich in 3500 Operationen glänzend bewährt.

Bei im ganzen 2139 aseptischen Eingriffen entwickelten sich nur 58mal Nahtabszesse, d. h. 2,25%.

Die Hände werden sorgfältig in Wasser und Seife gebürstet, dann in starke Sublimatlösung (1—5‰) getaucht und mit Gummihandschuhen überkleidet, die vorher gekocht und dann mit gleich starker Sublimatlösung gefüllt werden. Dies verhindert, daß während der Operationsdauer unter dem Handschuh die Hautbakterien auf der Oberfläche sich vermehren, so daß Undichtwerden der Handschuhe nicht zur Infektion führt. Die angestellten Impfversuche bestätigen dies.

Leider ist Verf. in seinen diesbezüglichen Angaben recht kurz, der Bericht summarisch und somit nicht zu kontrollieren; daß die Gummihandschuhe ein steriles Operieren sicherer stellen, als die bloße Hand, ist nicht neu und unbestritten; die Preisfrage läßt A. nicht gelten; auch spendet er den amerikanischen Gummihandschuhen das Lob, daß sie besser als z. B. die deutschen Fabrikate seien.

Christel (Metz).

---

4) **Hoton.** Un procédé nouveau d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

(Arch. méd. belg. 1906. Februar.)

H. narkotisiert seine Pat., indem er das Chloräthyl mittels des Zerstäubers tief in den Mund hinein zerstäubt. Die Nase wird dabei zugehalten. Alle Hilfsmittel, wie Masken usw., fallen fort. Nach wenigen Atemzügen beginnt schon die Narkose (erste Phase derselben, Dauer 20—30 Sekunden; der Kranke fühlt nichts, schläft jedoch nicht und macht noch Bewegungen); bei weiterer Pulverisation folgt die zweite Phase (Dauer 2—5 Minuten; der Kranke schläft, schnarcht, ist unbeweglich, Muskeln schlaff, Pupille weit). In der dritten Phase wacht der Kranke auf, bewegt sich, spricht, fühlt jedoch noch nichts; Dauer etwa 30 Sekunden. 5 Minuten später steht er auf und kann seiner Beschäftigung nachgehen. In allen drei Phasen kann man operieren. Die Pulverisation kühlt den Rachen bis zum Erfrieren ab, was jedoch keinen Nachteil bringt. Bei langdauernden Operationen kann man das Mittel beim Erwachen sofort von neuem geben und das in einer Sitzung 5—6mal wiederholen. In einem Falle narkotisierte H. innerhalb weniger Wochen 42mal, in einem zweiten sogar 60mal ohne Nachteil. Herzkranke, Kachektische vertragen das Mittel vorzüglich. Nachwehen, Erbrechen, Kopfschmerz treten nicht auf, wohl aber zuweilen ein hysterischer Anfall. Die Pulverisationsmethode empfiehlt sich für alle Anästhetica mit niedrigem Siedepunkt, Bromäther, Somnoform usw.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

5) **R. Finkelnburg.** Neurologische Beobachtungen und Untersuchungen bei der Rückenmarksanästhesie mittels Kokain und Stovain.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Bei der Stovainanästhesie pflegen die Sehnenreflexe zuerst, dann die Schmerzempfindung an Unterextremitäten und Rumpf, erst später das Berührungs-, Temperatur- und Lagegefühl zu erlöschen, die Hautreflexe, abgesehen vom Hodenreflex, verhältnismäßig spät zu verschwinden, zuletzt erst die Motilitätsstörungen aufzutreten. Die Wiederkehr der einzelnen Funktionen erfolgt viel langsamer, wie der Eintritt der Anästhesie, indes mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit, indem zunächst die Motilität, dann die Sensibilität und als letztes die Reflexe wiederkehren. Es ist hiernach anzunehmen, daß die schädigende

Wirkung des Stovains für die den einzelnen Funktionen dienenden Nervenbahnen keine gleichmäßige ist, vielmehr bestimmte Nervenelemente für dasselbe eine besondere Empfänglichkeit besitzen. — Das Kokain scheint im Gegensatze zu dem Stovain die der Reflextätigkeit dienenden Bahnen fast ganz zu verschonen; es schwindet bei jenem nur das Leitungsvermögen für die Schmerzempfindung, während Berührungs- und Temperaturgefühl und die Reflexbahnen nicht nachweislich gestört werden. **Kramer** (Glogau).

---

6) **J. Belot.** Über die Wichtigkeit der Dosierung und die Methode der radiotherapeutischen Behandlung einiger durch Neubildung hervorgerufener Prozesse. (Aus dem Laboratorium für medizinische Radiologie des Dr. Béclère.)

(Archiv für physik. Medizin und med. Technik Bd. I. Hft. 2 u. 3.)

Über die Notwendigkeit der Dosierung der Röntgenbestrahlung kann kein Zweifel mehr bestehen. Verf. sucht nun an der Hand einiger Fälle zu entscheiden, ob die für notwendig erachtete Dosis in »fraktionierten Dosen« oder möglichst rasch und konzentriert angewendet werden soll. Er kommt zu dem Schluß, daß es vorteilhafter ist, die zur Heilung erforderliche Energiemenge auf einmal einwirken zu lassen, wenn Haut und Schleimhäute dabei unversehrt bleiben. Immer aber muß eine genaue Dosierung statthaben. B. beginnt bei Epitheliomen meist mit 8—10 H-Einheiten und wiederholt die Sitzung je nach Bedarf in 8—14tägigen, später größeren Pausen.

Renner (Dresden).

---

7) **H. M. W. Gray.** Vaccine treatment in surgery.

(Lancet 1906. April 21.)

Verf. berichtet über seine Erfolge bei Anwendung der verschiedenen Sera in der Chirurgie und insbesondere des Koch'schen Tuberkulins R. Er verwandte das deutsche Präparat der Höchster Farbwerke und brauchte es bei tuberkulösen Lymphdrüsen, Gelenkleiden, Peritonitis usw. Es ist erstaunlich, welches Hilfsmittel Verf. angeblich in dem Präparate bei der chirurgischen Behandlung dieser Affektionen fand und wie gut nach selbst kleinen und wenig eingreifenden Operationen die Krankheiten heilten. Verf. verwirft aus diesem Grunde auch die bei tuberkulösen Gelenkleiden sonst geübte lange, absolute Feststellung des Gelenkes und will sogar 2—3 Wochen nach Schwinden der Schmerzhaftigkeit mit leichten passiven Bewegungen des Gelenkes angefangen wissen. In der Diagnose und Prognose wird dem »opsonischen Index« eine große Rolle beigemessen. Bei Fisteln usw. erwiesen sich dem Verf. Kombinationen von Sera der verschiedenen Bakterien als angebracht.

Verf. hält die (wohl sonst allgemein üblichen) Steigerungen der Tuberkulindosen für nicht empfehlenswert und kam angeblich stets mit $^1/_{900}$ mg Tuberkulin R, sowohl bei Kindern von 3—5 Jahren an,

wie bei Erwachsenen zum Ziele. Das Tuberkulin R wendet Verf. prophylaktisch und als Vorbereitungskur für operative Eingriffe an, dagegen nicht sofort nach den Operationen. Die Injektionen macht er in die Bauchmuskeln, die er dann zwecks Verteilung der Flüssigkeit aktiv bewegen läßt.

Unbedingt zustimmen wird man Verf. am Schluß der Arbeit, wenn er bei der Behandlung der tuberkulösen Affektionen den frühesten Termin für den besten hält.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

8) **D'Arcy Power.** Recent advances in the surgery of the blood vessels.

(Lancet 1906. April 28.)

Verf. leitet seine Ausführungen ein mit Besprechung des chirurgischen Choks und Kollapses, für deren Behandlung er dem Adrenalin den wichtigsten Platz beimißt. Bei der Gefäßunterbindung in der Kontinuität erwähnt Verf. die große Zahl der Ligaturmaterialien und kritisiert die Vor- und Nachteile der einzelnen.

Außerordentlich interessant ist der Teil über die Behandlung von Aneurysmen der großen Gefäße mit den verschiedenen Methoden, die außer der Unterbindung noch angewandt werden. Die Diagnose der Aneurysmen wird gesichert durch Röntgenaufnahme, wobei nach der Dichtigkeit des Schattens die mehr oder weniger feste Ausfüllung des Sackes mit Coagulis bestimmt werden kann.

Erwähnt finden wir bei der Aneurysmentherapie die Methode der Gelatineinjektion, der Fremdkörpereinführung, der Akupunktur, des Drahtens (wobei vom Verf. ein neuer Apparat von Colt beschrieben und abgebildet wird), der Elektrolyse und die neueste Methode von Moore-Correadi, die eine Kombination von Drahten und Elektrolyse darstellt, und mit der bei 23 Fällen vier Heilungen (17%) und neun Besserungen (39%) erreicht wurden.

Bei der Besprechung der Operationen am venösen Gefäßsystem läßt Verf. der Trendelenburg'schen Varicenoperation völlige Gerechtigkeit widerfahren.

H. Ebbinghaus (Dortmund).

---

9) **Strasser** (Bern). Anleitung zur Präparation des Halses und Kopfes. 76 S.

Jena, **Gustav Fischer,** 1906.

Dieser Leitfaden ist, wie der Titel sagt, zunächst für den Studenten geschrieben, der das besagte Gebiet mit seinen Nerven und Gefäßen präparatorisch darstellen soll. Er enthält deshalb keine Abbildungen und als Einleitung bei jeder Region nur knappe, aber prägnante Hinweise auf das Studium der systematischen Anatomie. Auch für den Chirurgen hat das Büchlein insofern ein Interesse, als es ihm bei Repetition des anatomisch schwierigen Kopf-Halsgebietes ein willkommener Begleiter sein dürfte, der ihn auf wichtige topographische Tatsachen hinweist. Überhaupt scheint es dem Ref. ein

Vorzug dieser kleinen »Anleitung« zu sein, daß sie sich nicht in anatomischen Einzelheiten verliert, sondern den topographischen Zusammenhang der Teile mit dem Ganzen in möglichst anschaulicher und großzügiger Art heraushebt und so die körperliche und räumliche Vorstellung der komplizierten Gebilde zu fördern sucht.

A. Most (Breslau).

---

10) **A. Denker** (Erlangen). Ein neuer Weg für die Operation der malignen Nasentumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 20.)

Während die sämtlichen bisher für die Operation der malignen Nasentumoren angegebenen Methoden mit einer Kontinuitätstrennung der Haut des Gesichts einhergehen und eine mehr oder minder hervortretende Entstellung im Gefolge haben, läßt das vom Verf. in einigen Fällen ausgeführte Operationsverfahren die Durchtrennung der Gesichtshaut vermeiden, verursacht nicht die geringste Entstellung und gestattet eine breite Freilegung des Operationsgebietes. Das Vorgehen ist kurz folgendes:

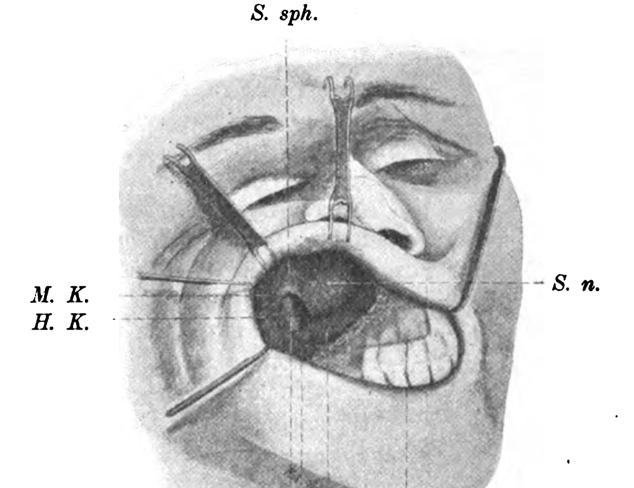
Unter Morphium-Äthernarkose wird, nachdem zwischen die hinteren Zähne der zu operierenden Seite ein mehrfach zusammengelegter, zum Munde herausgeführter Gazestreifen eingelegt ist, die Oberlippe durch zwei stumpfe Haken nach oben und außen gezogen. Der durch die Schleimhaut und das Periost bis auf den Knochen durchdringende Weichteilschnitt beginnt 1 cm oberhalb des Zahnfleischsaumes des Weisheitszahnes, verläuft horizontal nach vorn und wendet sich etwa 1 cm jenseits des Frenulum labii superioris in leichtem Bogen nach oben zu der unteren Umrandung der Apertura piriformis. Mit dem Raspatorium werden nun die Weichteile soweit nach oben geschoben und durch zwei scharfe, vierzinkige Haken gehalten, daß die Superficies facialis des Oberkiefers bis zum unteren Orbitalrand und die Umgebung der Aperatura piriformis frei vorliegt.

Von dem unteren und lateralen Rande dieser Apertur aus wird nun vor der Eröffnung der Kieferhöhle die Mucosa der lateralen Wand des unteren und mittleren Nasenganges abgehebelt.

Die Ablösung geht auch noch etwas auf den Nasenboden über und reicht nach rückwärts bis zur hinteren Wand der Kieferhöhle, die beim Erwachsenen etwa 4—5 cm von dem lateralen Rande der Apertura piriformis entfernt ist. Die untere Muschel, falls sie noch nicht in dem Tumor aufgegangen ist, wird nun mit einer kräftigen Schere an der Crista turbinalis abgetrennt und dann zur Stillung der Blutung zwischen die abgelöste Mucosa und den Knochen ein Gazestreifen eingeführt. Nun folgt die breite Eröffnung der Kieferhöhle von der facialen Wand aus. Das Verhalten gegenüber der Mucosa der Kieferhöhle wird bestimmt durch das Aussehen derselben; liegt der Verdacht vor, daß der Tumor in die Kieferhöhle eingedrungen ist und die Schleimhaut mit ergriffen hat, so ist eine radikale Entfernung derselben erforderlich. Erscheint die Mucosa aber gesund, so wird

man sie erhalten. Entfernt wird sie in allen Fällen auf der der Höhle zugewendeten Fläche der nasalen Kieferhöhlenwand.

Alsdann wird die vollständige Entfernung dieser Wand mit Luer'scher Zange und Meißel bis zur hinteren Wand der Höhle vorgenommen, so daß nun die Kieferhöhle von der Nasenhöhle nur noch durch die Mucosa der lateralen Nasenwand getrennt ist. Bis zu diesem Punkte der Operation gelingt es in der Regel, das Eindringen von größeren Blutmengen in die Nasenhöhle und von da durch die Choane in die weiteren Luftwege zu verhindern. Bei dem weiteren Vorgehen ist es erwünscht, möglichst schnell zu operieren; man macht einen Ein-



S. sph. Vordere Wand der Keilbeinhöhle. *S. n.* Septum narium. *Sch.* Schnittführung durch Mucosa und Periost. *N. B.* Nasenboden. *B. K.* Boden der Kieferhöhle. *C. r.* Hintere Wand des Nasen-Rachenraumes durch die rechte Choane hindurch sichtbar. *H. K.* Hintere Wand der Kieferhöhle. *M. K.* Hintere innere Kante der Kieferhöhle nach Fortnahme der medialen Kieferhöhlenwand.

stich in die Mucosa der lateralen Nasenwand an ihrem vorderen Ende nahe dem Boden, führt ein geknüpftes Messer oder eine Schere durch die Öffnung ein und umschneidet mit raschen Schnitten die ganze Wand, die man dann in toto herausbefördert. Wenn der Tumor vom mittleren Nasengange seinen Ursprung nahm, kommt er zum größten Teil mit der Mucosa heraus. Nach der Entfernung der medialen Kieferhöhlenwand liegt nun das ganze Naseninnere breit vor, und es ist ein leichtes, das Siebbeinlabyrinth mit Konchotom und Löffel gründlich auszuräumen und auch die vordere Wand der Keilbeinhöhle vollständig freizulegen und zu resezieren (cf. Figur).

Die Übersicht über das ganze in Betracht kommende Operationsgebiet läßt besonders bei künstlicher Beleuchtung nichts zu wünschen übrig. Nach sorgfältiger Entfernung aller suspekten Partien wird die Wundhöhle mit Jodoform- oder Vioformgaze tamponiert und die Schleimhautwunde primär vernäht. Ein äußerer Verband ist natürlich unnötig. Mundspülungen mit Borsäurelösung. Nach 3—4 Tagen wird der Tampon durch den Naseneingang herausgenommen, und am 4. oder 5. Tage werden die Nähte entfernt. Nach Herausnahme des Tampons Einpulverung von Dermatol und später von Borpulver. Vom 10. Tage an Ausspülung mit Borsäurelösung bis zum Aufhören der Sekretion.



Sarkom der rechten Nasenhöhle, photographiert 2 Monate nach der Operation.

Bei den drei vom Verf. operierten Fällen zeigte sich, daß die beschriebene Methode eine gründliche Freilegung und Exstirpation der in der Nasenhöhle entspringenden Neubildungen gestattet, daß sie sich dagegen nicht eignet für die Fälle, welche außerhalb der Nase, des Nasenrachens und der Nebenhöhlen, von der Fissura pterygopalatina ausgehend, die Fossa retromaxillaris ausfüllen. In diesen Fällen tritt die temporäre Oberkiefer- oder Unterkieferresektion in ihre Rechte.

Nach dem Eingriffe war das Operationsgebiet bei der Nachbehandlung vom Naseneingang aus unter Spiegelbeleuchtung stets gut zu überblicken; da die laterale Wand der Nasenhöhle fehlt, kann man auch den größten Teil der Kieferhöhle mit dem Auge kontrollieren.

Störungen von seiten des Tränenapparates infolge der Fortnahme des größeren Teiles des Ductus nasolacrymalis wurden in keinem Falle beobachtet. Verf. glaubt den Weg durch die Kieferhöhle als Operationsmethode für die malignen Nasentumoren hauptsächlich aus folgenden Gründen zur weiteren Nachprüfung empfehlen zu dürfen:

1) Das Verfahren gestattet, das Ursprungs- und Ausbreitungsgebiet der Neubildung in erwünschter Weise freizulegen.

2) Eine Kontinuitätstrennung der äußeren Haut findet nicht statt, und jegliche Entstellung des Gesichts ist mit Sicherheit auszuschließen.

3) Das Herunterfließen größerer Blutmengen durch die Choanen und damit die Gefahr der Aspirationspneumonie läßt sich bei dem Verfahren leichter als bei den bisher üblichen Operationsmethoden vermeiden. (Selbstbericht.)

11) **Rheinboldt.** Über den Desinfektionswert des Formamints.

(Deutsche med. Wochenschrift 1906. Nr. 15.)

Die Formaminttabletten üben eine ausgezeichnete desinfektorische und keimtötende Wirkung auf den Speichel aus und sind überall da indiziert, wo es sich darum handelt, örtlich im Bereich der vom Speichel bespülbaren Teile des Mundes und Rachens keimabtötend zu wirken.

Borchard (Posen).

---

12) **F. C. Raynor.** Hypertrophy of the pharyngeal and faucial tonsils.

(Amer. journ. of surg. 1906. Mai.)

Für die Exstirpation der Rachentonsille zieht R. die rechte Seitenlage und Äthernarkose vor. Er gebraucht eine Curette, die nicht gekrümmt ist. Dieselbe Lage und Narkose wird für die Tonsillen empfohlen, die unter Traktion mittels einer Zange nach Inzision der Schleimhaut mit dem Zeigefinger ausgeschält, nicht mit dem Tonsillotom entfernt werden. Es soll danach kein Rezidiv auftreten, wie Verf. und Steers bei über 1000 Fällen beobachten konnten.

Goebel (Breslau).

---

13) **F. Kuhn** (Kassel). Wolfsrachen und perorale Tubage.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 14.)

Durch die perorale Tubage wird nach K.'s Erfahrungen bei der Operation der Gaumenspalte eine bessere Narkose und eine Beschleunigung der Operation erreicht und ermöglicht, die sonst so hinderliche Zunge bei dieser nach hinten zu pressen — wobei Verf. sich eines besonderen Spatels bedient —, dadurch die Tamponade des Rachens zu steigern, das Operationsfeld reinlicher und übersichtlicher zu machen und so die Anfrischung und Naht ungestört auszuführen.

Kramer (Glogau).

---

14) **Gottstein** (Reichenberg). Die Erkennung der beginnenden Skoliose.

(Prager med. Wochenschrift 1905. Nr. 14.)

Neben einer regelrechten Untersuchung der völlig entkleideten Kinder empfiehlt Verf. zu frühzeitigen Erkennung der Skoliose die Differenz der »steilen Diagonalen« festzustellen. Dazu wird der eine Knopf eines Tasterzirkels auf die Spina anterior superior ossis ilei aufgesetzt, der andere auf die mit Hautstift markierte untere Schulterblattspitze der anderen Seite; dasselbe Maß wird auf der anderen Seite genommen. Selbst bei minimalen seitlichen Abweichungen ergibt sich ein Unterschied zwischen beiden Maßen. In vielen Fällen führt nur eine wiederholte Untersuchung und Messung zum Nachweis der beginnenden Skoliose. Daß noch immer schwere, nicht mehr völlig zu beseitigende Skoliosen vorkommen, ist nach G. meistenteils Schuld

der Ärzte, die nicht sorfältig genug untersuchen und die Bedeutung des Leidens unterschätzen.

Gutzeit (Neidenburg).

15) **Nové-Josserand.** De la scoliose paralytique.

(Province méd. 1906. Nr. 16.)

Die paralytische Skoliose wird durch folgende Merkmale charakterisiert:

1) Es besteht eine Einseitigkeit der Krümmung, d. h. eine Kompensation fehlt, weil die Paralyse bzw. Parese der Rückenmuskulatur keine solche veranlassen kann;

2) besteht eine beträchtliche Vordrängung derjenigen Brusthälfte, die der Konvexität der Krümmung entspricht;

3) Eine Torsion der Wirbel und der damit verbundene Rippenbuckel bleibt aus;

4) Die Immobilisation der Wirbelsäule tritt erst verhältnismäßig spät ein.

Verf. kann sich nicht der Einteilung Hoffa's in statische und rein paralytische Skoliosen anschließen; denn es scheint ihm keine strikte Beziehung zwischen dem Sitze der Lähmung und der Richtung der Skoliose zu bestehen. Dagegen faßt er dieselbe als Folgeerscheinung der Gleichgewichtsstörung des Rumpfes und der damit verbundenen Haltung des Körpers auf. Am meisten gegen die Hoffa'sche Ansicht sprechen die Regellosigkeit der Skoliose bei Lähmung der beiderseitigen Rückenmuskulatur und der Umstand, daß bei einseitiger Lähmung die Konvexität der Skoliose bald nach der gesunden, bald nach der kranken Seite gerichtet ist. Verf. beschreibt sechs Fälle.

A. Hofmann (Karlsruhe).

16) **T. Dieterle.** Die Athyreosis, unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettveränderungen, sowie differentialdiagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. (Untersuchungen über Thyreoaplasie, Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta.)

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIV. p. 56.)

Auf Grund seiner ausführlichen, im pathologischen Institut zu Basel angestellten Untersuchungen kommt Verf. unter gleichzeitiger eingehender Berücksichtigung der Literatur zu folgenden Resultaten:

Die kindliche Schilddrüse ist für die Entwicklung des Skeletts während des Fötallebens entbehrlich; keine fötale Knochenerkrankung kann auf Störung der Schilddrüsenfunktion zurückgeführt werden. Die Folgen des angeborenen Schilddrüsenmangels für das Knochenwachstum treten ungefähr zur Zeit der Geburt auf und können durch die Anwesenheit der Epithelkörperchen nicht verhindert werden. Die Wachstumshemmung bei der Athyreosis beruht auf einer gleichmäßigen Verzögerung der enchondralen und periostalen Ossifikation und führt

zu proportioniertem Zwergwuchs, während sie bei der Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta nicht alle beim Knochenaufbau beteiligten Gewebe gleichmäßig betrifft, sondern nur eine primäre Veränderung des Knorpels, bzw. eine Funktionsstörung des Periosts und Endosts als Ursache hat. Die Form- und Größenverhältnisse des Skeletts bei der Athyreosis entsprechen ungefähr denen eines gleich langen, normalen Kindes; die feinere Struktur der Knochen dagegen nähert sich der des erwachsenen Skeletts. Die Störung des Knochenwachstums ist eine der ersten und regelmäßigsten Teilerscheinungen der athyreotischen Kachexie; sie beruht auf einem Nachlassen der blut- und knochenbildenden Tätigkeit des Markes. Die Knorpelveränderungen sind dabei nicht vorwiegend, sondern nur mit ein Ausdruck der Schädigung sämtlicher am Knochenwachstum beteiligter Gewebe. Ihre Rolle ist bei der Wachstumshemmung keine maßgebende, wie sie ihr von Hofmeister zugeschrieben wird.

Doering (Göttingen).

---

17) **C. Pfeiffer.** Die Röntgenbehandlung des Kropfes auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVIII. Hft 2. p. 367.)

Zur Bestrahlung wählte Verf. hauptsächlich jugendliche Parenchymkröpfe. Cystenkröpfe und Pat. mit Nephritis ebenso wie Schwangere wurden von der Behandlung ausgeschlossen. Die regelmäßigen Untersuchungen bezogen sich auf Konsistenz- und Umfangsveränderungen unter Berücksichtigung physiologischer, speziell menstrueller Schwankungen. Die Dauer der Bestrahlung mit mittelweichen Röhren bei 30 cm Antikathodenabstand und 80 Volt Spannung schwankte zwischen 60 bis 185 Minuten, verteilt auf Sitzungen von 10—15 Minuten. Mit dieser Technik wurde unter einem Material von 51 Bestrahlungspatienten nie eine wirkliche Heilung des Kropfes, d. h. Reduktion auf normale Größe und Konsistenz, wirklich anhaltende Besserung und Verkleinerung des Kropfes nur in 2, geringe Besserung von vorübergehender Dauer bei 25, Ausbleiben nennenswerter Veränderungen bei 22 Fällen konstatiert. Dagegen wurde von den Pat. häufig eine subjektive Besserung der Kropfbeschwerden angegeben, selbst dann, wenn der Kropf wuchs. Beachtenswert sind auf der anderen Seite die unangenehmen Nebenerscheinungen der Röntgenisation, insofern trotz Staniolfilter und prophylaktischer Salbenapplikation im ganzen 26mal Ekzeme, darunter 7 von bullöser Form, auftraten, ohne nachweisbar von der Bestrahlungsdauer abhängig zu sein. Die eingehende histologische Untersuchung von 2 bestrahlten normalen Hundeschilddrüsen, 6 menschlichen parenchymatösen und 2 karzinomatösen Kröpfen ergab keinerlei auf die Bestrahlung zu beziehende Veränderungen.

Die Arbeit hat nicht nur den Vorzug, auf dem bisher größten Untersuchungsmaterial zu basieren, sondern verfügt als erste über

histologische Untersuchungen. Das Resultat des Verf.s, daß die Röntgenbehandlung des Kropfes ein in der Regel unwirksames, nicht vollkommen unschädliches Verfahren darstellt, das besser durch erprobte Methoden zu ersetzen ist, ist deshalb um so beachtenswerter, als die ca. 10 vorliegenden Literaturberichte durchweg günstig lauten.

Reich (Tübingen).

---

18) **C. Pfeiffer.** Über die Röntgenuntersuchung der Trachea bei Tumoren und Exsudat im Thorax. (Aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Nach Curschmann läßt sich bei Erkrankungen der Mediastinalgefäße und Brustorgane durch Tastung und das Auge eine Verlagerung des Kehlkopfes und Halsteiles der Luftröhre nachweisen. Sicherer und frühzeitiger gelingt dies durch das Röntgenbild, welches auch vielfach die Ursache der Verlagerung erkennen läßt; die Erfahrungen der v. Bruns'schen Klinik haben dies sowohl bei Erweiterungen der Aorta und Geschwülsten des Mediastinums (intrathorazischem Kropf usw.) als auch bei Pleuraexsudaten in zahlreichen Fällen dargetan. Als Belege werden von P. zwei Röntgenbilder von hochgradiger Verschiebung der Luftröhre bei Empyem beigebracht.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der II. chirurgischen Abteilung der Akademie für praktische Medizin zu Köln. Chefarzt Prof. Tilmann).

Eine neue Klemme zur Gastroenterostomie und Enteroanastomie.

Von

Dr. **Linnartz**, Sekundärarzt.

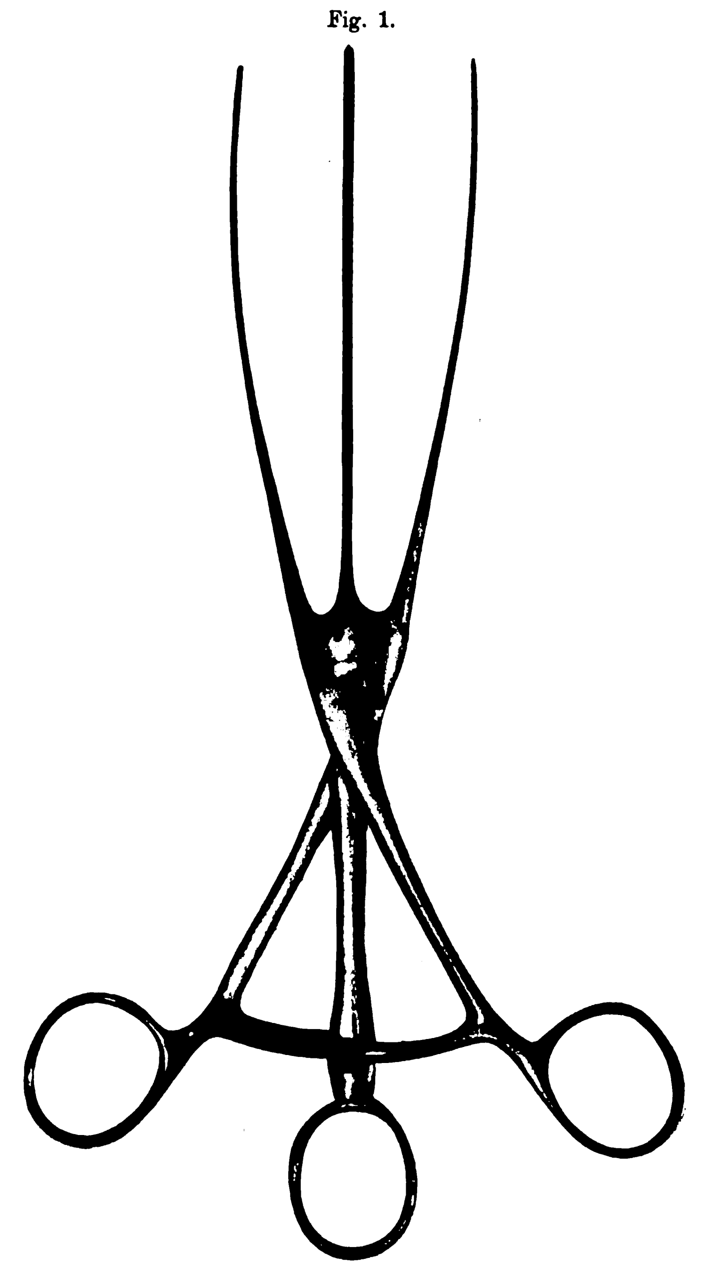
Die Schwierigkeit der Naht bei Anastomien an den Baucheingeweiden haben uns unabhängig von der in Nr. 19 d. Bl. referierten Veröffentlichung Maunsell's zur Konstruktion einer Klemme veranlaßt, welche, auf gleichem Prinzipe beruhend, in der Form bedeutend einfacher und im Gebrauche vielseitiger ist.

Die neue Klemme ist im wesentlichen der bewährten Doyen'schen Magenklemme nachgebildet, setzt sich aber im Gegensatze zu dieser aus drei Branchen zusammen. Es drücken also gegen das mittlere Blatt sowohl ein rechtes wie ein linkes äußeres Blatt. Vor den Ösen der äußeren Blätter befinden sich die Cremaillèren, welche in einen entsprechenden Ausschnitt vor der Öse des Mittelblattes hineingreifen. Auf diese Weise kann das Instrument sowohl mit seiner rechten wie linken Hälfte als gewöhnliche Doyen'sche Klemme verwandt werden. Der Verschluß ist in Lappenform konstruiert und gestattet die einzelnen Teile des Instrumentes durch einen einfachen Griff auseinander zu nehmen. Die Anwendung ergibt sich demnach folgendermaßen.

Die zu vereinigenden Teile bei der Enteroanastomie werden vom Operateur in die gewünschte Lage zueinander gebracht, dann das mittlere Blatt der gespreizt gehaltenen Klemme zwischen die Därme geschoben und hierauf durch die äußeren

Branchen die Därme gegen das Mittelblatt zusammengedrückt. Auf der entgegengesetzten Seite der abzuschließenden Darmteile wird in gleicher Weise verfahren.

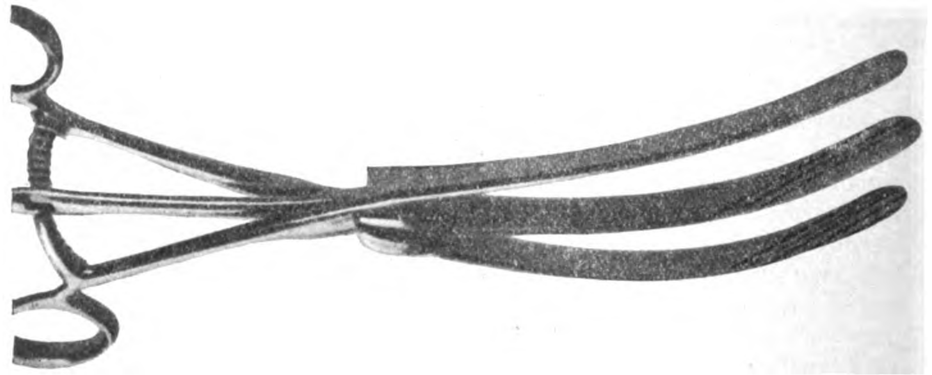
Fig. 1.



Es empfiehlt sich, die Klemme nicht senkrecht zur Darmachse, sondern mehr schräg zu derselben anzulegen. Die Griffe der beiden Instrumente legen sich alsdann breit auf die Bauchwand und gewährleisten eine dauernde bequeme Fixation der abgeklemmten Darmstücke während der Naht.

Die Anlegung der Klemmen bei der Gastroenterostomia anterior geschieht in gleicher Weise. Zu beachten ist nur, daß die Spitzen der beiden Klemmen sich berühren, um einen vollkommenen Abschluß des Operationsfeldes gegen austretenden Magen-Darminhalt zu sichern. Ein Wechseln der Klemmen während der Naht ist nicht nötig, weil die 12 cm langen Branchen soviel Spielraum zwischen sich lassen, daß nach Anlegung der hinteren Naht die vordere Naht bequem ohne Spannung der Magen-Darmwand ausgeführt werden kann.

Fig. 2.



Die Riffelung ist auf der Photographie infolge des tiefen Schlagschattens nicht erkennbar, dieselbe ist durch einige Striche schematisch dargestellt.

Die Klemmen sind nur für die Gastroenterostomia anterior verwendbar, welcher wir auf unserer Abteilung wegen der stets einwandsfreien Resultate treu geblieben sind.

Wir lassen die zuführende Schlinge von der Cardia her zum Pylorus herabsteigen und legen nahe dem Magenausgang die Anastomose an. Nach Vollendung wird dann der zuführende Darmschenkel noch auf eine Strecke von ca. 10 cm auf die Magenwand durch fortlaufende Serosanaht fixiert. Die Gleichrichtung der Magen-Darmperistaltik ist uns das Wesentliche der Methode.

Die Vorzüge der Klemme bestehen in:

1) der Exaktheit und Schnelligkeit der Naht;
2) dem Wegfall eines Assistenten;
3) der Verwendbarkeit als gewöhnliche Magen- und Darmklemme;
4) der einfachen Konstruktion und unbedingten Asepsis.

Das Instrument ist unter Nr. 275782 gesetzlich geschützt und durch den Instrumentenmacher Wilhelm Vogel, Köln, Herzogstraße 19, zu beziehen.

---

19) XVIII. französischer Chirurgenkongreß zu Paris vom 2.—7. Oktober 1905.

I. Referat: Konservative Behandlung verletzter Gliedmaßen.

Nimier (Paris) Ref. Die Aufgabe der konservativen Chirurgie ist nicht allein die Erhaltung der Glieder, sondern auch ihrer Funktion. Aber, so vorzüglich auch zurzeit die Methoden der anfangs nötigen Eingriffe im Sinne des Ausgleiches der gesetzten Schädigung sind, soweit auch die Einrichtung der Operationssäle und Kliniken diesen Zwecken entsprechen, so mangelhaft ist im allgemeinen noch die Organisation der Nachbehandlung, der Mechano-, Hydro- und Elektrotherapie. Viel mehr Wert müsse auch auf Anfangs- und Endstatus der Behandelten gelegt werden, besonders in Rücksicht auf die Unfallgesetzgebung.

Diskussion. Le Dentu (Paris) betont den Wert der Antisepsis für die infizierten Wunden; Spülungen mit Desinfizientien setzen seiner Ansicht nach die Vitalität der Gewebe nicht herab, sondern wirken stimulierend. Auch bei Gangrän mit Septhämie soll man nicht gleich amputieren; ausgedehnte Spaltungen und Berieselungen führten zur Abgrenzung der Entzündung.

Kirmisson (Paris) tritt für die konservative Behandlung, besonders bei Kindern, ein und berichtet von zehn Fällen schwerer Verletzung, die zum Teil allerdings nachträgliche Amputationen erforderten; die Epiphysenlösung des unteren Femurendes behandelt er immer konservativ; in einem letzten Falle, wo der Unterschenkel kalt und blau war, brachte er nach Reduktion in Chloroform das Knie in starke Beugestellung und erzielte Heilung.

Boeckel (Straßburg) erinnert an den Gebrauch von Zapfen im Markraume der Diaphysen, um diese bei Querbrüchen aneinander zu halten (Verfahren von Birker). An Spätoperationen zur Verbesserung der Funktion erhaltener Glieder hat er etwa 35 ausgeführt; z. B. 2 Schulterresektionen, eine an 80jährigem Manne mit guter Beweglichkeit, 1 Knochennaht des Oberarmes mit Schraube und schneller Konsolidation, 12 Ellbogenresektionen, etwa 16 Operationen am Fuße, darunter 2mal Entfernung des Sprungbeines.

Lejars (Paris) führt aus, daß die konservative Chirurgie oft eine operative sein muß; dazu gehört Entfernung des Zwecklosen, Reinigung der Wunde durch heiße Salzwasserspülung und mechanische Abreibung, später die Transplantation; bei Infektionen die Spaltung; dazu fügt er Dauerbäder und Kochsalzinfusionen. Bei veralteten Verrenkungen hat er im allgemeinen bessere Erfolge von der Resektion als von der Reposition auf blutigem Wege gesehen. Die Indikationsstellungen zur Verbesserung der erhaltenen Funktion sind im allgemeinen schwer zu stellen; oft soll man sich lieber mit einem mäßigen Resultate begnügen und sich weiterer Eingriffe enthalten.

Doyen (Paris) injiziert bei verdächtigen, zerfetzten Wundverhältnissen Antitetanus- und Antistreptokokkenserum und spült andauernd mit 1%iger Karbollösung. Kürzlich hat er eine End-zu-End-Vereinigung der V. axillaris ausgeführt; dazu bedarf es feiner, stark gekrümmter Nadeln und der Knopfnähte.

Bousquet (Clermont-Ferrand): Bei jungen Leuten sind die Naturkräfte der Selbsterhaltung fast unerschöpflich, und unter dem Schutze streng aseptischer Behandlung erzielt man wundervolle Heilungen: Redner konnte einen Fuß erhalten trotz fast völliger Durchtrennung der Weichteile und Eröffnung des Gelenkes.

Thiéry (Paris) spricht gegen die Wiederaufpflanzung abgetrennter Fingerspitzen und gegen die Ausfüllung von Knochenhöhlen mit Plomben. Bei Gasphlegmonen hat er nur gutes von ausgiebiger Spaltung und Injektionen von Chlorzink (1 : 20) gesehen.

Morestin (Paris) führt aus, daß die Indikationen mit dem Alter der Verletzten, der Lokalisation, dem Datum der Verletzung, ihrer Natur usw. wechseln. Entschieden konservativ verfährt er bei komplizierten Knochenbrüchen und Verrenkungen, während bei ausgedehnten Quetschungen er sich oft zur Amputation gezwungen sieht.

Vanverts (Lille) meint, daß mancher Familienvater von einem in kurzer Heilungsdauer erzielten guten Stumpf mehr Vorteil habe, wie von einem untauglichen, in langem Krankenlager geretteten Gliede. Für die Behandlung der Unfallverletzungen empfiehlt er vor allem Wasserstoffsuperoxydverbände. Trophische oder funktionelle Störungen mehrerer Finger nach Verletzung nur eines solchen will er der Nachlässigkeit des Arztes oder des Pat. zur Last legen.

Bilhaut (Paris) versucht die Erhaltung des verletzten Gliedes, solange die Hauptgefäße und Nerven verschont sind. Im Fall eines Oberarmbruches mit Abreißung des N. radialis und starker Weichteilquetschung hat er den Humerus genäht, und trotz langdauernder Eiterung Heilung erzielt.

Lapeyre (Tours) richtet seine Indikationsstellung mehr nach rein praktischen Erwägungen, die sich auf Heilungsdauer, künftige Brauchbarkeit, event. moralische Vorteile beziehen.

P. Delbet (Paris) glaubt, daß die Verletzungen der Extremitäten als Ganzes gesondert zu betrachten sind von denen der mechanischen Systeme. Diesbezüglich teilt er einige interessante Fälle mit, wo er Knochenlücken durch entkalkten Knochen, im anderen Falle durch ein Lipom ausfüllte. Die Knochennaht macht er nur im äußersten Notfall und erinnert an die leichtere Reposition von Schenkelfrakturen in Beugehaltung.

Selbst bei größten Verletzungen hält er sich an die konservierende Behandlung. Von 42 Fällen hat er nur vier amputiert; er hat einen Fuß erhalten können, wo alles bis auf einen Hautlappen und das Nervengefäßbündel der Art. tib. post. durchtrennt war.

Strengste Überwachung der Wunde, Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd und Skultet'schem Verband sind sehr zu empfehlen, sowie bei Septhämie das Serum von Raymond Petit. Ebenso verwendet D. stets Antitetanusserum.

Savariaud (Paris) zählt die wesentlichen Hilfsmittel zur Bekämpfung der Wundinfektion auf, die uns die konservative Wundbehandlung gestatten; er amputiert nur bei absoluter Indikation, verbindet das erstemal in Narkose; bei eingetretener Infektion hilft er sich zuerst mit Inzisionen, Drainage, bei Gasphlegmonen mit subkutanen Injektionen von Wasserstoffsuperoxyd. Für die Unterschenkelamputation empfiehlt er die Methode mit hinterem Lappen, die oft genug gestatte, unterhalb des Knies abzusetzen.

Brunswic le Bihan (Tunis) verwirft entschieden die Antiseptika bei der Wundreinigung, wobei er sich der sterilen Kochsalzlösung bedient; dann bedeckt er die Wunde mit 90%igem Alkoholverbande, läßt zweimal täglich in 40° warmer Kochsalzlösung baden und kontinuierlich spülen.

Reboul (Nimes) strebt grundsätzlich die Erhaltung der Gliedmaßen an. Peinliche Säuberung der Wunde, Knochennaht, Antitetanusserum, Kochsalzinfusionen, frühzeitige Elektro- und Heliotherapie haben ihm sehr zufriedenstellende Erfolge beschert.

Tailhefer (Béziers) berichtet von der Erhaltung zweier Endphalangen, deren eine bis durch den Knochen abgetrennt war.

Jouon (Nantes) teilt drei glückliche Fälle mit: 1) Komplizierter Knöchelbruch mit Infektion, Erhaltung des Fußes; gutes funktionelles Ergebnis. 2) Komplizierter Oberarmbruch, Zerreißung des Radialis. Primäre Knochen- und Nervennaht ohne Erfolg. Nach 4 Monaten Anfrischung: Bruch konsolidiert; teilweise Herstellung der Nervenleitung. 3) Komplizierter Unterschenkelsplitterbruch mit Heilung.

II. Referat: Chirurgie des Pankreas.

Villar (Bordeaux) Ref. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Diagnose der Pankreaserkrankungen; selbst bei Berücksichtigung aller Momente kann es unmöglich sein, die richtige Diagnose zu stellen. Vor allem muß man die Möglichkeit einer Pankreaserkrankung ins Auge fassen.

Der zweite Teil bespricht die Indikationen. Bei ringförmiger Bauchspeicheldrüse empfiehlt V. Gastroenterostomie; bei Senkung die Hochnähung. Verletzungen des Pankreas erfordern schnelles Handeln, möglichst beschränkte Resektionen und Naht. Bei Entzündungen empfiehlt sich Drainage und Cholecystostomie. Für Cysten und Hämatome ist die Einnähung der Tasche in die Hautwunde das Normalverfahren. Bei chronischer Pankreatitis oder Geschwulstbildung beschränke man sich auf Resektionen, besser noch auf die palliativen Operationen am Gallensystem.

Als besten Zugang bezeichnet Redner die mediane Laparotomie und Durchtrennung des Lig. gastro-colicum.

Diskussion. Garrè (Breslau): Die Cysten, welche man nach Pankreastraumen beobachtet, sind keine glandulären, sondern nekrobiotischen Ursprunges. G. hat drei solche gesehen. Akute Pankreatitis hat er elfmal mit sieben Heilungen behandelt. Man muß bald und schnell operieren, den infektiösen Herd durch Tamponade isolieren. Dann berichtet Redner noch von einem Querriß der Bauchspeicheldrüse, der mittels Naht geheilt wurde.



Lejars (Paris) operierte dreimal wegen Cyste des Pankreas; eine davon war ein Echinokokkus. Bei der Ausräumung des Eiters und der Blasen entstand starke Blutung aus der Tiefe des Korpus. Die Kranke erlag. Die beiden anderen waren glanduläre Cysten mit fadenziehendem bzw. trübem Inhalte; teilweise Resektion und Einnähung der Taschen, Heilung. In einem Falle von Verhärtung des Pankreaskopfes mit starkem Ikterus erzielte L. mittels Cholecystoenterostomie Heilung auf 2 Jahre.

Morestin (Paris) hat eine Pankreascyste unter seinen Augen entstehen sehen. Die ersten Erscheinungen boten das Bild der Ruptur einer extra-uterinen Schwangerschaft. Bei der Laparotomie zeigte sich das peritoneale Exsudat als serös-blutig, ohne Möglichkeit, die Herkunft festzustellen. Nicht viel später war eine straußeneigroße Cyste vorhanden, die, in der üblichen Weise operiert, eine Fistel hinterließ. M. beabsichtigte deren Einpflanzung in den Darm, doch schloß sie sich dann von selbst. Die Kranke erlag schließlich einer Lebercirrhose.

Doyen (Paris) glaubt, daß ein Teil der als Pankreascysten angesprochenen Gebilde mit der Drüse nichts als die Lokalisation gemeinsam haben. Er legt die Kranken behufs Entleerung des Cysteninhaltes auf die Seite und näht die Wand ein.

Die sehr hartnäckigen Fisteln des Pankreas heilt er in folgender Weise: Er präpariert sich sorgfältig den Fistelgang bis an die Drüse und leitet ihn, auf eine dünne Sonde gebunden, durch einen feinen Schlitz in den Magen, mittels dessen Serosa er ihn übernäht.

Thiéry (Paris) empfiehlt bei karzinomatösem Stauungsikterus die einfache Cystostomie als Palliativoperation: sie ist weniger eingreifend, und die Erfolge nicht schlechter als bei Cholecystoenterostomie.

Vidal (Arras) berichtet über eine Pankreascyste, die er transpleural mit Erfolg operierte; ferner eine primäre Pankreastuberkulose, die eine Schwellung zwischen Magen und Dickdarm verursachte; Ausräumung käsiger Massen, Drainage Heilung mit Fistel; endlich über ringförmiges Pankreas beim Neugeborenen; strangförmiges Duodenum; Heilung durch Gastroenterostomie. Als Ursache für die eigenartige Form der Drüse werden intra-uterine Entzündungsprozesse — z. B. bei Eklampsie der Mutter — angegeben.

Cramwell (Buenos-Aires) konstatiert die große Seltenheit des Echinokokkus im Pankreas (ein Fall unter 1700). Der Fall betraf einen 14jährigen Knaben. Die Adventitia wurde vernäht, mußte jedoch am Tage darauf wegen bedrohlicher Infektionserscheinungen wieder geöffnet werden. Danach schnelle Heilung.

Walther (Paris) stellt einen 17jährigen Mann vor, der durch einen Omnibus umgefahren und 11 Stunden später laparotomiert wurde. Blutung aus der Art. coron. ventr. und dem zertrümmerten Pankreaskopfe. Tamponade. Während der Heilung bestand starker Speichelfluß, dem eine Parotitis folgte.

Reboul (Nimes) operierte eine Pankreascyste, die sich sehr schleichend entwickelt hatte bei hier und da auftretenden Diarrhöen, zum Teil mit Fettgehalt. Sie entleerte etwa 500 ccm ziehende, braune Flüssigkeit mit sandigem Bodensatze, woraus ihre Zugehörigkeit zum Parenchym der Drüse nachzuweisen gelang. Heilung durch Einnähen der Cystenwand.

Mauclaire (Paris): Bei einer Frau, die sich mit dem Revolver eine perforierende Schußverletzung des Magens beigebracht hatte, fand sich auch ein runder Schußkanal mitten im Pankreas, der die Naht erforderte. Leider bestand auch eine ausgedehnte Nierenwunde, so daß die Nephrektomie angeschlossen werden mußte. Pat. erlag nach 4 Tagen.

Auvray (Paris) hält, wie sein Vorredner, die Pankreasverletzungen für recht schwere. Einen Fall von nicht komplizierter Pankreasschußverletzung büßte er an Septhämie ein; sodann verlor er einen zweiten, wo durch Überfahren die Milz zertrümmert, der Dickdarm vom Magen abgerissen und das Pankreas durchtrennt war. Er glaubt, daß die Drüse nicht gegen die Wirbelsäule gedrückt und zerquetscht, sondern durch Zerrung an seinen Bandapparaten auseinander gerissen wurde.

Mayer (Brüssel) berichtet über seine nahezu 100 Tierversuche an Hunden über sog. Fettnekrose und Pankreaschirurgie. Die Abbindung der Ausführungsgänge übe sehr wenig Einfluß auf den Chemismus der Darmverdauung. Die bisherigen Anschauungen über die Entstehung der Fettnekrose glaubt er dahin richtigstellen zu sollen, daß sie durch Austritt von Pankreassekret in die Bauchhöhle zustande kommt. Er stellt dann folgende Leitsätze auf:

1) Mit der Unterbindung der Pankreasausführungsgänge ist keine große Gefahr verbunden.

2) Eintreten von Pankreassaft in den Bauchfellraum ist streng zu vermeiden.

3) Bei Resektionen ist der Pankreasstumpf gut zu bedecken.

4) Findet man bei Eingriffen am Pankreas septische Veränderungen am Bauchfelle, so deutet dies auf vorausgegangene Nekrose.

Vidal (Arras) hat keinen Hund am Leben erhalten können nach völliger Entfernung des Pankreas; doch glaubt er nicht, daß der Austritt von Pankreassaft den Tod der Hunde herbeiführe. Jedenfalls sei strikteste Asepsis nötig.

Hallion (Paris) ist ebenfalls überzeugt, daß völlige Entfernung des Pankreas tödlichen Diabetes bei Hunden nach sich ziehe; wo er nicht eintrete, sei die Drüse unvollständig entfernt.

III. Referat: Plastische Operationen im Gesicht.

Depage (Brüssel) Ref.: Im ersten, allgemeinen Teile werden die verschiedenen Hilfsmittel der Plastik, Überpflanzungen, Paraffin- und andere Prothesen besprochen. Der zweite beschäftigt sich mit den einzelnen Gesichtsgegenden und den jeder einzelnen zukommenden Deckungsmethoden. Redner hebt besonders hervor, daß es verkehrt sei, alles mit einem ersten Eingriffe bewältigen zu wollen. Mit Transplantationen deckt er manche Defekte der Wangen und Lider und die Entnahmestellen der Lappen. Die verschiedenen plastischen Verfahren finden ihre Anwendung bei Lippen-, Nasen- und Lidersatz. Prothesen sind bei Kieferknochenverlust erforderlich.

Während die bisherigen Erfolge bei Lippe und Lid recht zufriedenstellende sind, bedarf die Rhinoplastik noch weiterer Ausbildung. Besonders zu begrüßen sind die Versuche, Haut-Knochen- und -Knorpellappen zur Bildung eines Gerüstes zu schaffen, sowie die Einlage verschiedenartiger Prothesen. Schwierig und im Erfolge wechselnd werden die verschiedenen Eingriffe immer bleiben bei der Ungleichheit der Aufgaben und der Unmöglichkeit, allgemeine Gesichtspunkte aufzustellen. Doch ist dafür das chirurgische Interesse um so größer, vor allem weil jedem freies Feld zu eigener Erfindung gegeben ist.

Diskussion. Berger (Paris) übt seit nun 25 Jahren die italienische Methode mit dem Verbande nach Tagliocozzi. Sie ist besonders zu empfehlen, wo die Nachbarschaft des Defektes nicht genügendes Deckungsmaterial liefert oder zu befürchten ist, daß auf den herangezogenen Lappen das ursächliche Leiden rezidivieren könnte; und endlich, weil eine weitere Entstellung nicht damit verbunden ist.

Die Erfolge hängen ab von der Vorbereitung des Terrains und dem Sitze des Apparates. Zwei Kranke hat B. verloren. Des übrigen ist das Absterben der Lappen, ihr Auseinanderweichen sehr unangenehm, und der Schmerz ein erheblicher.

Brunswic le Bihan (Tunis) berichtet von den erheblichen Schwierigkeiten, die jene meist großen Defekte bei Arabern der Deckung bieten, wie hereditäre Syphilis und Noma sie veranlassen. Die Narben der letzten sind vor allem häufig mit den Kiefern verwachsen, aus denen noch dazu häufig äußerst hartnäckige Fisteln entspringen. Endlich ist auch das Trachom an der Erzeugung schwer heilbarer Zerstörungen beteiligt.

Groch (Nancy) hat eine Nasenplastik nach dem Vorgange Israel's mittels Haut-Periost-Knochenlappens aus der Ulna mit befriedigendem Erfolg ausgeführt. Die Methode ließe sich vielleicht verbessern durch Umschlagen des Lappens um die Knochenspange oder Belegen der freien Wundfläche mit epidermalen Lappen.



Girard (Genf) meint, daß die Estlander'sche Mundwinkel- und Lippenplastik zu Unrecht verlassen sei; statt des dreieckigen Lappens könne man sich je nach Bedürfnis eines ovalen oder trapezoiden Lappens bedienen. Ähnlich wie Abbé bei einer doppelten Hasenscharte einen Lappen aus der Mitte der Unterlippe entnahm, verfuhr auch G., um die Lippen auszugleichen nach Entfernung eines Krebses der Oberlippe.

Campenon (Paris) hat mehrere Speichelfisteln durch Umschneidung und Hineinleiten in die Mundhöhle mittels elastischen Zuges geheilt.

Morestin (Paris) bedient sich zur Cheiloplastik des Berger'schen Prinzips. Bei Unterkieferverrenkung ist behufs Reduktion die Resektion des Proc. condyloid. der einfachen Entfernung der Menisken vorzuziehen. Große Wangendefekte deckt M. aus der gegenüberliegenden Seite. Bei Rhinophyma war er mit dem einfachen Abhobeln sehr zufrieden.

Pozzi (Paris) hat bei Ersatz einer Nase einen recht befriedigenden Erfolg durch großen Stirnlappen erzielt, den er nach Längsspaltung zusammenklappte; die Hälften wurden aufeinandergenäht und heruntergeschlagen.

Doyen (Paris) zählt eine Reihe origineller plastischer Operationen auf: Ersatz eines oberen Augenlides durch Bauchhaut; Verlängerung eines Levator palpebr. und Vernähung an den Tarsus; Verlängerung der Stirnhaut durch Y-förmige Schnitte, die in V-Form vernäht wurden. Bildung eines Nasenskeletts aus dem Oberkiefer. Korrektur schlecht konsolidierter Nasenbrüche durch Reinfraktion und Zwischenlagerung von Gummischeibchen. Subkutane Resektion von entstellenden Knochenvorsprüngen der Nase von den Nasenlöchern aus mit eigens konstruierten Kneifzangen. Die Lippenplastik führt er aus nach einer der Burow'schen ähnlichen Methode.

Broca (Paris) wendet bei Hasenscharte der Unterlippe das Mirault'sche Verfahren an; der Zeitpunkt der Operation ist nach ihm der 3. Monat. Die Gaumenplastik führt er im 5.—7. Jahr einzeitig aus; unter 150 Fällen zwei Tote. Vorsicht in der Prognose der Phonation!

Kirmisson (Paris) stellt einen Fall komplizierter Hasenscharte vor, den Brophy (Chicago) nach eigener Methode in seiner Klinik operierte. K. versuchte sie nachzuahmen in einem zweiten Fall und verlor das Kind an Sepsis.

Reverdin (Genf) erfreute sich guter plastischer Erfolge durch Kombination vorbereitender Massage und dehnende Prothesen, eine Methode, die er auch bei Hasenscharte empfiehlt.

Savariaud (Paris) hat eine Lidplastik mit Thiersch'schen Läppchen ausgeführt nach vorausgehender Vernähung der Lider; befriedigender Erfolg.

Delaunay (Paris) hat die Nasenscheidewand zweimal aus der Oberlippe, einmal durch Spaltung der Nasenflügel gebildet.

Julliard (Genf) berichtet ausführlicher über die Aufrichtung einer im knorpeligen Teile zusammen- und flachgedrückten Nase. Das Nasenprofil verlief stark nach vorn konvex, die Nasenflügel standen breit auseinander. Bedingung: Operation ohne Narbe. Loslösung eines Nasenflügels durch Schnittführung in der Nasolabialfalte; keilförmiger Ausschnitt aus dem Septum mit vorderer Basis in vorher ausgerechneter Höhe, ohne Beteiligung der Naht: Naht der Schleimhaut, des Hautschnittes. Die aufgerichtete Nase wird in ihrer redressierten Stellung erhalten durch einen Heftpflastersteigbügel, der die Nasenspitze umfaßt und an der Stirn festsitzt.

Peugniez (Amiens) heilte eine operative Facialislähmung durch Anastomose mit dem Cervicalis.

Faure (Paris) erinnert an seine Priorität; zwei Operationen dieser Art haben ihm nur einen Teilerfolg ergeben.

Martin (Lyon) zeigt eine Klemme zur Aufrichtung der Nase, und Prothesen.

Princeteau (Bordeaux) beschreibt ein recht kompliziertes Verfahren zur Operation der Hasenscharte. Es besteht im wesentlichen in der Bildung von vier Haut-Muskel- bzw. Schleimhautlappen, um eine exakte Vereinigung der homologen Elemente zu gestatten.

Ombredanne (Paris) ist der Ansicht, daß die Nasenplastik Knochen- bzw. Knorpeleinlage als Stütze nicht entbehren könne. Er zieht den leichter zu bearbeitenden Knorpel vor; zur Narkose legt er einen Obturator ein, welcher ebensowohl Chloroform als Äther gestattet.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Depage (Brüssel) empfiehlt für Operationen an Mastdarm, Prostata, Wirbelsäule, Kleinhirn und Pleura die Bauchlage. Brust und Becken ruhen auf runden Kissen, Arme und Beine hängen herunter. Die Narkose bietet keine Schwierigkeiten. Die Belichtung ist vorzüglich. D. übt die Operationen in dieser Lage seit 6 Jahren aus.

Pauchet (Amiens) hat dreimal die Lagerung zu seiner Zufriedenheit verwendet; eingetretene Asphyxie schwand sehr schnell.

Malherbe (Nantes) zeigt die Präparate eines verkalkten Epithelioms, das viermal rezidivierte; er kennt nur noch einen analogen Fall (J. Reverdin). Er hat die Anschauung, als entständen sie aus Talgdrüsen, verlassen und hält sie für Endotheliome, aus Riesenzellen hervorgehend.

Doyen (Reims): Behandlung des Krebses. Bis jetzt hat D. 318 Kranke, darunter 60% aussichtslose, mit seinem Sérum anti-néoplasique behandelt. 64 davon zeigen unbestreitbare günstige Beeinflussung. 18 davon wurden unvollständig operiert; von diesen ist 1 Pat. schon seit 5 Jahren in Beobachtung. Einige nicht operierte Fälle werden besonders angeführt und vorgestellt; so ein Carcinoma ventriculi, das 1904 bereits vorgestellt worden war, und zwei Mammakarzinome en cuirasse, die ganz erstaunliche Besserung erkennen lassen. Von 24 Kranken, die den Gegenstand eines Berichtes von Pierre Delbet bilden, haben nur 3 keinerlei Besserung erfahren. Jedenfalls haben 60 der Behandelten unbestrittenen Nutzen von der Behandlung gehabt; D. kann somit nicht nur seine früheren Behauptungen aufrecht erhalten, sondern glaubt auch, daß sein Serum, das völlig ungefährlich in der Anwendung sei, immunisierende Wirkung entfalte und eine wertvolle Waffe im Kampfe gegen den Krebs bedeute.

Vidal (Arras) teilt seine experimentellen serotherapeutischen Beobachtungen bei Krebs mit, die sich nur auf die cytolytischen Fermente der Krebszelle beziehen. Die Neubildung besteht aus zwei verschiedenen Gewebsanteilen, Krebszellen und Stützgewebe. Es läßt sich zeigen, daß die meisten bisherigen Sero- und Antitoxine die Krebszellen nicht beeinflussen, sondern nur die Gesamtmasse. Der Versuch, durch Cytolyse die Krebszelle selbst anzugreifen, wird erschwert durch die große Verschiedenheit der Spezifität; z. B. verhält sich die Zelle des Nierenkrebses anders als die des Leberkrebses: das Ferment der ersten zerstört unterm Mikroskop wohl Nierenkrebszellen, aber keine anderen. Außerdem wirken die Präparate nur auf die Peripherie der Neubildung und werden vom Körper durch Bildung von Schutzstoffen paralysiert. Die weiteren Versuche V.'s zielten darauf ab, 1) die cytolytische Wirkung zu steigern, was ihm nachweislich gelang; 2) die Alexinbildung im Organismus zu hindern, was noch keine sicheren Aussichten bietet.

Bender (Paris): Ausgehend von der Tatsache, daß auch andere Streptokokkenkulturen und Toxine regressive Vorgänge in Krebsen auslösen, glaubt Redner auch den D.'schen Präparaten keine andere Wirkung zuschreiben zu sollen. Der Mikrokokkus neoformans sei in fast allen Neubildungen — ob gut- oder bösartig — anzutreffen; er werde agglutiniert nicht nur vom Serum Krebskranker, sondern auch ganz Gesunder oder von Serum tierischer Herkunft. Die bei Tieren erzeugten Geschwülste seien durchaus zweifelhafter Natur, und nichts gestatte die Behauptung, daß der Mikrokokkus neoformans in ätiologischer Beziehung zu Karzinom stände. Endlich sei es doch sehr erwünscht, die Zusammensetzung des D.'schen Serums zu kennen.

Thiéry (Paris) spricht sein Bedauern aus über das Fehlen von Nachrichten über drei Krebskranke, die er D. zugeschickt.

Brunswic (Tunis) hat Karzinome des Bauchfelles, von weiblichen inneren Genitalien ausgehend, gesehen, die nach bloßer Laparotomie nicht wieder auftraten. Ohne jede Behandlung sind die Pat. bei gutem Befinden.

Pozzi (Paris) erinnert daran, daß Bauchgeschwülste leicht in ihrer Qualität verkannt werden. Andererseits hat er eine Krebskranke 23 Jahre lang verfolgen können. Papillomatöse Geschwülste des Bauchfelles können völlig verschwinden nach Entfernung der Primärgeschwulst.

Monprofit (Angers) hat — wie gewiß auch andere Chirurgen — nach verhältnismäßig unvollständigen Operationen bei verloren gegebenen ganz unerwartete Besserungen gesehen.

Doyen (Reims) wiederholt seine Behauptungen über heilende und vorbeugende Wirkung seines Serums gegen Krebs, und lädt die Kongreßteilnehmer ein, seinen Arbeiten zu folgen. Sie seien sehr kostspielig und zeitraubend. »Bezüglich der Zusammensetzung erkläre ich, daß mein Serum nebst vielen anderen Substanzen auch Chinin und Arsen enthält!«

Jeannel (Toulouse): Metalligaturen und -Nähte nach Mitchell. J. bedient sich ihrer auch bei Bauchoperationen mit vorzüglichem Erfolge, seit 2 Jahren. Vorbedingung ist eine garantierte Asepsis.

Delangre (Tournai): Die Ätiologie der Mißerfolge mit Paraffinprothesen. Zuweit gesteckte Indikationen und technische Fehler sind an den Komplikationen (Embolie, Eiterung, Paraffinomen) schuld und lassen sich bei genauer Befolgung aller Vorschriften vermeiden.

Jayle (Paris): Anregung der Leukocytose an atonisch-septischer Wunde durch erwärmtes Pferdeserum (Methode von Raymond-Petit). 30 Stunden lang waren verschiedene Antiseptika als Umschlag verwendet worden, ohne Leukocyten zu der Wunde zu ziehen. Berieselung mit Pferdeserum bewirkte schnelle Reinigung.

Diskussion. Levassart (Paris) beobachtete einen analogen Fall. Sonst verwendet er vielfach Umschläge mit Natr. bicarbon.

Vidal (Arras): Organotherapie mit Darmschleim bei Darmverschluß. (Demonstration.) Zuerst wird einem Kaninchen sehr toxischer Extrakt aus Kot injiziert; es verendet schnell. Einem zweiten, welches die gleiche Toxindosis erhielt, wird gleich darauf Schleimhautextrakt injiziert — es bleibt am Leben. V. empfiehlt daher, vor der Operation wegen Darmverschluß Darmschleimhautextrakt einzuverleiben zur Bekämpfung der Sterkohämie.

(Schluß folgt.)

Christel (Metz).

---

20) **Steinthal.** Das neue Krankenhaus der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart Wilhelm-Hospital nebst einem Bericht über die chirurgische Abteilung in den Jahren 1899—1904.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1906. März 31. April 7., 14. u. 21.)

S. beschreibt den jetzt eröffneten Neubau, speziell dessen chirurgische Einrichtungen. Sein Bericht umfaßt 3195 chirurgische Krankheitsfälle mit 3375 Operationen bzw. Narkosen. Besonders zahlreich waren die Erkrankungen innerhalb der Bauchhöhle und der weiblichen Geschlechtsorgane; 471 Laparotomien wurden ausgeführt. Die einzelnen Erkrankungen werden, nach den Körpergegenden geordnet, summarisch angeführt und besonders interessante Fälle hervorgehoben. Erwähnt seien 146 Kropfoperationen, welche meist mit Infiltrationsanästhesie (Kokain und Adrenalin) ausgeführt wurden. Vorübergehende Recurrensparese als Folge der Operation wurde mehrfach beobachtet; 3 von den 4 Todesfällen betreffen Kranke, welche in allgemeiner Narkose operiert wurden. 9 Fälle von bösartigem Kropf, darunter 1 Sarkom, werden angeführt. 16mal wurde bei Magengeschwür oder dessen Folgezuständen operiert, darunter 12 Fälle von narbiger Pylorusstenose (hintere Gastroenterostomie mit Murphyknopf), 15 Heilungen. Beim Magenkarzinom (10 Resektionen nach Billroth II, 24 hintere Gastroenterostomien) ist S., da die durchschnittliche Lebensdauer nach der Gastroenterostomie nur 6,3 Monate betrug, in der Auswahl der Fälle für die Gastroenterostomie immer zurückhaltender



geworden; sie wurde wie bei der narbigen Pylorusstenose nur zur Hebung der motorischen Insuffizienz und vorwiegend nur dann ausgeführt, wenn nach der ganzen Sachlage noch ein längerer Erfolg zu erwarten war. Von den 102 Appendicitisoperationen wurden 60 im Anfall, 38 im Intervall ausgeführt. S. tritt in zweifelhaften Fällen (lebhafte Bauchschmerzen, Spannung der Bauchmuskeln, gestörtes Allgemeinbefinden) für die Operation innerhalb der ersten 48 Stunden des Anfalles ein; dagegen sollte ausgedehnte Peritonitis mit schweren Kollapserscheinungen besser nicht mehr operiert werden. 183 Hernien (17 †) wurden operiert, 56 Operationen an den Gallenwegen (mit 9 Todesfällen), meist wegen chronischer, rezidivierender Cholelithiasis; 30 Cholecystostomien, 13 Cholecystektomien, 11 Choledochotomien. Beim Uteruskarzinom wurde meist vaginal operiert.

Mohr (Bielefeld).

21) **Edens.** Über lokales und allgemeines Amyloid.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIV. p. 137.)

Verf. fand bei einer an allgemeiner Amyloidentartung (Ursache: chronische Nephritis) verstorbenen 66jährigen Frau eine Geschwulst der linken 6. Rippe, die sich bei genauerer Untersuchung als eine lokale Amyloidbildung im Knochenmark charakterisierte. Die ausführliche Beschreibung der Geschwulst in histologischer und chemischer Hinsicht geht über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus. Sie muß im Original nachgelesen werden. Ein Analogon für den behobenen Befund vermochte E. in der Literatur nicht zu finden. **Doering** (Göttingen).

22) **Bovo.** Micosi del piede del aspergillo.

(Policlinico. Ser. chir. 1906. Nr. 3.)

Bei einem alten Bauer bildeten sich eine Reihe schwärzlicher Knoten an Fußrand und Sohle, deren einer ulzerierte. Zugleich Drüsenschwellungen. Die Diagnose war auf Melanosarkom gestellt. Die Knoten wurden exstirpiert. Sie bestanden aus Pilzfäden. Dieselben fanden sich auch in den Leistendrüsen. Leider war eine Kultur nicht angelegt.

Es wird eine Übersicht gegeben über das Vorkommen von Mycelpilzen beim Menschen, besonders der Aspergillen, sowie der den Madurafuß erzeugenden Pilze. Von letzterem unterschied sich die Affektion durch das Fehlen von Infiltration in der Umgebung der Knoten, Fehlen von Verflüssigung in ihnen und von Kachexie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

23) **Burfield.** Two cases of diphtheritic infection of operation wounds.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLI. 1906.)

B. berichtet über zwei Fälle von Diphtherieinfektion von Operationswunden bei Kranken, welche sonst keinerlei klinische Zeichen von Diphtherie darboten. Im ersten Falle handelte es sich um eine Kopfphlegmone mit Eiterbildung zwischen Aponeurose und Periost bei einem 14monatigen Kinde. Nach Inzision zunächst glatter Verlauf, dann ulzerierten die Ränder der Inzisionswunden, und 14 Tage nach den Einschnitten wurden im Wundsekrete Diphtheriebazillen und Staphylokokken nachgewiesen. Die Wunde heilte, da Knochennekrosen eingetreten waren, erst nach einigen Monaten. Während dieser Zeit wurden bei häufigen Untersuchungen jedesmal Diphtheriebazillen nachgewiesen. Serumbehandlung schien günstig einzuwirken. Schließlich völlige Heilung. Bei dem zweiten Pat., einem 10monatigen Kinde handelte es sich um eine Bauchwandphlegmone der Regio hypogastrica mit Übergang auf die große Schamlippe. Scheide nicht entzündet. Im Eiter ebenfalls hauptsächlich Diphtheriebazillen. Tod.

B. nimmt an, daß in beiden Fällen zunächst nur eine Staphylokokkeninfektion vorlag, und daß die durch die Inzisionen freigelegten Gewebe erst sekundär mit Diphtheriebazillen infiziert wurden. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Gennari.** Sulla tubercolosi atipica delle ghiandole linfatiche.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1906. Nr. 1 u. 2.)

Bei einer Frau von 25 Jahren entwickelt sich eine mediastinale und endothorakische Geschwulst, welche auch auf Lunge, Achseldrüsen und Halsdrüsen über-

greift und eine unter Schmerzen und Atemnot zum Tode führende kompakte Masse bildet; im Leben für Pseudoleukämie gehalten, ergibt sie bei der Sektion zahlreiche nekrotische und käsige Herde, Riesenzellherde, jedoch keine Koch'schen Bazillen, und wird als Tuberkulose des lymphatischen Apparates mit pseudoleukämischem Charakter (Sternberg) angesprochen. Zum Vergleiche folgt ein ganz ähnlicher Fall, in dem Bazillen vorhanden waren.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

25) **McConnell.** A review of cancer in the United States, according to the twelfth census.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1905. April 28.)

Statistische Arbeit mit zahlreichen Tabellen. Es geht aus den amtlichen Erhebungen hervor, daß der Krebs unzweifelhaft seit 1890 zugenommen hat; während die Todesziffer für Krebs 1890 erst an 13. Stelle kam, steht sie jetzt an 7. Stelle, d. h. auf 100000 Seelen kommen 12,1 Todesfälle an Krebs mehr. In den ländlichen Bezirken und kleinen Städten erwies sich die Zahl der Krebstodesfälle größer als in den größeren Städten. In Amerika geborene Weiße leiden scheinbar in geringerer Zahl an Krebs als eingewanderte; das erklärt sich daraus, daß die Eingewanderten zum größten Teile schon als Erwachsene einwandern. 63,1% Krebsfälle kommen auf Frauen, 36,9% auf Männer. Hart im Freien Arbeitende werden in höherem Maße von Krebs befallen als innerhalb der Häuser Beschäftigte. Die größte Zahl an Krebstodesfällen weisen wasserreiche Gebirgsgegenden auf. Städte mit vorwiegend deutscher Bevölkerung, vielem Brauereibetrieb und Bierverbrauch ergeben keine erhöhte Zahl an Krebstodesfällen. Die Zahl der Krebstodesfälle ist am größten bei Personen von 65 Jahren und darüber.

Trapp (Bückeburg).

26) **P. Frangenheim.** Multiple Primärtumoren.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXXIV. p. 201.)

1) Bei einer 63jährigen Frau fand sich in der Speiseröhre neben einem etwas oberhalb der Cardia sitzenden stenosierenden Karzinom ein von der Hinterwand der Speiseröhre ausgegangenes polypöses, polymorphes Sarkom. Die Geschwülste grenzten aneinander, hatten jedoch mikroskopisch eine scharfe Grenze, so daß an keiner Stelle ein Ineinandergreifen der Geschwulstzellen stattfand. Das Sarkom hatte in den paraösophagalen sowie in einigen Lymphdrüsen an der kleinen Kurvatur des Magens Metastasen gebildet. Metastasen des Karzinoms fanden sich nicht.

2) Bei einem 66jährigen Manne fand sich ein Plattenepithelkarzinom des weichen Gaumens und ein Gallertkarzinom des Blinddarmes. Letzteres hatte keine klinischen Erscheinungen gemacht.

3) Bei einer 70jährigen Frau wies die Sektion Karzinome beider Ovarien und ein Endotheliom der Dura mater nach. **Doering** (Göttingen).

27) **L. Picqué.** Chloroforme et psychopathie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 116.)

P. ist ein treuer Anhänger der Tropfmethode geblieben, und wenn er auch wegen mangelnder Erfahrung mit den neueren Narkoseapparaten ein Urteil über dieselben nicht abgeben will, so führt er doch auf Grund seiner Beobachtungen an einem reichen Materiale den Beweis, daß nicht allein die gleichmäßige und sparsame Abgabe des Chloroforms, die allein durch die Anwendung der Apparate gewährleistet wird, zur Vermeidung von Narkosestörungen nötig ist, sondern daß auch organischen Erkrankungen und psychischen Störungen der Pat. bei der Leitung der Narkose entsprechend Rechnung getragen werden muß.

Die von P. aufgestellte Statistik umfaßt 643 Narkosen, die an Kranken mit verschiedenen psychischen Affektionen wegen notwendiger chirurgischer Eingriffe vorgenommen wurden; es kamen nur drei Asphyxien vor, kein Todesfall. Bezüglich

des Verlaufes der Narkose konnte er einen wesentlichen Unterschied feststellen zwischen den Kranken mit organischen Psychosen, Psychosen nach Infektionskrankheiten und Intoxikationen (einschließlich des Alkoholismus und Morphinismus) und der senilen Demenz einerseits gegenüber jenen mit Epilepsie, Hysterie oder Melancholie. Bei den Kranken der ersten Gruppe, bei denen die Psychose nur als Teilerscheinung einer schwereren organischen Erkrankung zu betrachten ist, rufen oft die kleinsten Chloroformmengen schon schwere Störungen der Respiration und Zirkulation hervor, die in tödliche Asphyxie übergehen können; wenn die Narkose aber mit äußerster Vorsicht eingeleitet und fortgeführt wird, pflegt sie dann ohne Exzitation und Erbrechen zu verlaufen. Morphinisten empfiehlt P., vor Beginn der Narkose zur Erzielung eines ungestörten Verlaufes derselben eine Morphiuminjektion zu geben. Starke Exzitationen beobachtet P. nur bei Alkoholikern, die noch unter frischer Alkoholeinwirkung standen, nicht bei chronischen Alkoholikern, denen der Alkohol einige Zeit entzogen war. Bei den Kranken der zweiten Gruppe stellt er fest, daß sie alle ein mehr oder weniger langes Exzitationsstadium zeigen, besonders wenn sie vor Beginn der Narkose Aufregungs- und Angstzustände aufweisen, und er empfiehlt, ihnen zu Anfang größere Chloroformmengen zuzuführen, sie aber später mit geringeren Dosen in ruhiger Narkose zu erhalten. Bei den Melancholikern sah er am häufigsten Erbrechen zu Beginn der Narkose. **Thümer** (Chemnitz).

28) **Reynier.** De l'anesthésie chloroformique avec les appareils dosant les mélanges titrés d'eau et de chloroforme.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 114.)

R. empfiehlt auf Grund einer Statistik von 1245 Fällen (523 Männer 702 Frauen, 20 Kinder), bei denen nur bei zwei Pat. die zurückgesunkene Zunge vorgezogen werden mußte, im übrigen aber keinerlei Störungen aufgetreten waren, die Anwendung von Apparaten zur Narkose, durch die die Menge des verabreichten Chloroforms genau zu kontrollieren ist; er verwendet zu Beginn der Narkose eine 12%ige Mischung, später geringere, bis herab zu 2%iger bei geschwächten Individuen; dabei verbraucht er in der 1. Stunde nur 24—35 g Chloroform; die Narkosen verliefen nicht nur glatt, trotzdem daß sie auch bei Pat. mit Herzklappenfehlern, bei Schwerverletzten im Chok, bei Alkoholikern usw. vorgenommen und zum Teil von gänzlich ungeübten Narkotiseuren geleitet wurden, sondern es trat auch nachher nur in 1/3 der Fälle Erbrechen auf, und auch nach langdauernden Operationen fehlte, selbst bei Kranken mit vorher elendem, kaum fühlbarem Pulse, der postoperative Chok.

R. warnt vor dem Gebrauche des Ricard-Apparates, bei dessen Anwendung die Dosierung des Chloroforms unkontrollierbar sei und Asphyxien mehrfach beobachtet, ja sogar zwei Todesfälle bekannt geworden seien.

Thümer (Chemnitz).

29) **T. D. Luke.** 22 fatalities which have occurred under ethyl chloride.

(Lancet 1906. Mai 5.)

Man muß Verff. sicherlich beistimmen, wenn er seine Zusammenstellung von Todesfällen infolge von Äthylchlorid für interessant und nützlich hält. Mit Recht wird derauf hingewiesen, daß nicht immer Mangel an Sachkenntnis des Narkotiseurs die Ursache von derartigen Todesfällen ist.

Verf. ist Anästhetist an der Edinburger Universität und hat selbst 2000 Chloräthylnarkosen ohne Zwischenfälle ernster Art ausgeführt. Er kritisiert also die hier mitgeteilten 22 Todesfälle mit dem Urteile des Sachverständigen. Er hält für sicher, daß in einer Reihe von Fällen die Narkose mit Äthylchlorid für den betreffenden Kranken weit zweckmäßiger und ungefährlicher durch eine Narkose mit einem anderen Anästhetikum, z. B. Äther, ersetzt worden wäre. Acht Fälle betrafen allein zahnärztliche Operationen.



Im Jahre 1902 stellte Seitz die Mortalität mit Äthylchlorid auf 1:16000 fest, Verf. schätzt sie (allerdings sehr problematisch, Ref.!) zurzeit auf 1:36000.

Er hält füglich auf Grund dessen für kurze Operationen, insbesondere z. B. an Tonsillen usw., das Äthylchlorid für zweckmäßiger als Chloroform und Äther.

L. schließt mit der zu unterschreibenden Mahnung, das Mittel nur erprobten Händen anzuvertrauen. **H. Ebbinghaus** (Dortmund).

30) **Chaput.** L'anesthésie à la stovaïne lombaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXII. p. 131.)

C. gibt an der Hand einer Statistik von 309 Fällen einen Überblick über seine neuesten Erfahrungen bei der Rückenmarksanästhesie. Er beschreibt genau ihre Technik, ferner seine Beobachtungen über den Eintritt und die Grenzen der Anästhesie, und über einige Gruppen von Kranken, bei denen der Erfolg der Anästhesie zweifelhaft ist. Den einzigen bei der Lumbalanästhesie bisher beobachteten Todesfall führt er auf die plötzliche Entleerung des großen, eitrigen Pleuraexsudats zurück und bemerkt dazu, daß für die Thorakotomie lokale Anästhesie genüge. Er empfiehlt die Anwendung der Lumbalanästhesie für alle Operationen an den unteren Extremitäten, ferner für Hernien, Appendektomien im freien Intervall, Anlegung des Kunstafters, hat aber auch schon Totalexstirpationen des Uterus, Ovariotomien usw. mit gutem Erfolg ausgeführt. Als gefährlich erscheint ihm die Lumbalanästhesie nur für sehr kachektische Kranke; ihre Resultate sind unsicher bei Alkoholikern, Neurasthenikern, jungen Individuen unter 20 Jahren und bei sehr schmerzhaften Eingriffen (Zerrung am Sympathicus usw.). C. hat nie unmittelbar oder später eintretende ernstere Störungen nach Injektion des von ihm zumeist verwendeten Stovakokains gesehen; Erbrechen beobachtete er nur selten und dann auch nur immer ganz kurze Zeit. Heftige, alsbald nach der Injektion bisweilen sich geltend machende Kopfschmerzen wichen regelmäßig sofort nach Entleerung einiger Kubikzentimeter der Spinalflüssigkeit; über Vorhandensein von Kopfschmerzen wurde von den Pat. nie geklagt, wenn schon vor der Injektion ca. 10 ccm Flüssigkeit aus der Kanüle abgelassen worden waren.

Thümer (Chemnitz).

31) **Burdick.** The present status of radiotherapy.

(Arch. of physiol. therapy 1906. März.)

Verf. gibt einen kurzen Überblick über seine ziemlich bedeutenden Erfahrungen auf dem Gebiete der Röntgentherapie und wendet sich recht energisch gegen das noch viel zu ablehnende Verhalten der amerikanischen Ärzte. Vorzügliche Ergebnisse hatte er bei mannigfachen Hautkrankheiten und beim Epitheliom; von letzterem 80 Fälle mit 3jähriger Rückfallfreiheit. Bei Lippen- und Penisepitheliomen entfernte er in 23 Fällen nach erfolgreicher Bestrahlung der ursprünglichen Geschwulst die Drüsen mit sehr günstigen Ergebnissen. Auch die chirurgische Tuberkulose unterwarf er in zahlreichen Fällen der Bestrahlung, mit wechselndem Erfolge. Entschieden zu weit gehend ist der Satz, daß ein Chirurg der Fürsorge um seine Pat. nicht gerecht wird, wenn er nicht bei der chirurgischen Tuberkulose die Bestrahlung versucht. In ähnlichem Sinne allzu optimistisch lauten seine Urteile über die Erfolge bei der Phthise, Bauchfell- und Prostatatuberkulose. Von 8 Leukämiekranken starben nach vorübergehender Besserung 6, 2 blieben gebessert. Wenn Verf. bei Besprechung seiner Karzinomfälle (welche Organe?) sagt, es sei kein Grund vorhanden, in Krebsfällen nicht mindestens 1 Jahr lang die Bestrahzu versuchen, da die operative Behandlung so völlig Schiffbruch gelitten habe, so wird er vermutlich allseitig auf entschiedenen Einspruch stoßen und schwerlich Anhänger gewinnen, die bereit wären, so kostbare Zeit zu vergeuden. Ebenso optimistisch wie wenig beweisend sind seine Berichte über Bestrahlung bei Sarkomen, Nephritis, Gastritis, Tic douloureux, Epilepsie, Elephantiasis. Den Schluß der Arbeit bilden technische Einzelheiten.

Weber (Dresden).

32) Tooth. The segmental spinal sensory areas clinically considered.
(St. Bartholomew's hospital reports 1906. Vol. XLI.)

T. erörtert die Ausbreitung der sensiblen Bezirke der Rückenmarksnerven vom klinischen Standpunkt aus, wobei er zahlreiche Krankengeschichten von Rückenmarksläsionen meist chirurgischer Art zugrunde legt; es handelte sich um Geschwülste, Cysten, umschriebene Pachymeningitiden, das Mark abschnürende bandartige Verwachsungen und Abszesse in der Nachbarschaft des Wirbelkanales. Die Fälle, im ganzen 12, wurden fast sämtlich operiert. T. beschreibt ausführlich die bezüglich der sensibeln Segmente erhobenen Befunde und bildet sie in 23 schematischen Skizzen ab. **Mohr** (Bielefeld).

33) Klaer. Report of a case of hysteria simulating fracture of the spine.
(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1906. März.)

K. berichtet über folgenden, differentialdiagnostisch interessanten Fall von Hysterie, in welchem ein Wirbelsäulenbruch vorgetäuscht wurde.

Der 26jährige Mann wurde vom Querbalken des Tenders einer in Fahrt befindlichen Maschine im Rücken getroffen und zu Boden geschleudert. Die heftigen Schmerzen im Rücken wurden durch die leiseste Bewegung vermehrt, Bauch und Wirbelsäule überall sehr druckempfindlich, der Dornfortsatz des 9. Brustwirbels leicht eingedrückt und sehr druckschmerzhaft. Nach einigen Stunden trat völlige Paralyse beider Beine und Verlust der Sensibilität in den Beinen und der unteren Rumpfhälfte ein, tags darauf Urinretention, Bauch noch immer rigide und druckempfindlich, Reflexe an den Beinen aufgehoben, die Röntgendurchleuchtung schien einen Bruch der 12. Rippe nahe der Wirbelsäule zu ergeben. Hiernach wurde ein Bruch der Brustwirbelsäule angenommen, die genauere Beobachtung und der weitere Verlauf zeigten jedoch, daß eine solche mit Sicherheit auszuschließen war und sämtliche Erscheinungen auf Hysterie beruhten. Die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen gingen in wenigen Tagen zurück, Pat. konnte bereits 5 Tage nach dem Unfalle wieder aufstehen und umhergehen und wurde 3 Tage später geheilt entlassen. Differentialdiagnostisch zu berücksichtigen war zunächst der Umstand, daß Pat. Eisenbahnbeamter war und bereits früher einen schweren Eisenbahnunfall erlitten hatte. Ferner stimmte die Grenze der Anästhesie nicht mit der Höhe der angenommenen Markverletzung. Die Depression am 9. Brustwirbel war vermutlich älteren Ursprungs. **Mohr** (Bielefeld).

34) G. Dreyfus. Über traumatische Pupillenstarre. (Aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg.)
(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 8.)

Bei einem vorher gesunden 68jährigen Manne trat 7 Tage nach einer schweren Zertrümmerung der Halswirbelknochen zugleich mit einer Reihe spinaler Symptome, welche in das Halsmark lokalisiert werden mußten, Miosis und Lichtstarre beider Pupillen auf, welche bis zum Tode unverändert blieb; irgendeine hirnwärts gelegene Schädigung war bei der Sektion nicht nachweisbar, die nur eine Zertrümmerung des Halsmarkes bis ins 3. Cervicalsegment ergab. — D. folgert aus dieser Beobachtung, daß es eine spinale, reflektorische Pupillenstarre gibt, die in dem zentralen Hinterstrang des 3. Cervicalsegmentes zu lokalisieren ist.

Kramer (Glogau).

35) Forbes. Intra-medullary teratoma of the spinal cord.
(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XLI. 1906.)

F.'s Fall von Teratom des Cervicalmarkes betraf einen $5^1/_2$jährigen Knaben. Die Nackensteifigkeit und der Verlauf der Schmerzen entlang den hinteren Cervicalnerven ließen zunächst eine Karies der Halswirbel annehmen. Bei der Aufnahme waren die Kopfbewegungen sehr eingeschränkt und schmerzhaft, die unteren Halswirbel rigide, die Spinae des 3.—7. sprangen leicht vor, fast völlige Paralyse

der Arme, Parese einiger Beinmuskeln, tiefe Reflexe sämtlich erloschen, Sensibilität erhalten, Urinretention, Incontinentia alvi. Es wurden zunächst mit der Absicht, den Druck tuberkulöser Massen auf das Mark zu vermindern, die Bogen des 2. bis 6. Halswirbels entfernt. Die Dura war kongestioniert, das Mark pulsierte nicht. Keine wesentliche Besserung. 4 Wochen später wurde die Dura in der alten Wunde längs gespalten, worauf eine von den weichen Markhäuten bedeckte, bohnengroße Geschwulst zutage trat; der vorspringende Teil der Geschwulst, welche anscheinend intramedullären Ursprunges war, mitsamt den verwachsenen Meningen wurde entfernt. 4 Monate nach der Operation war die Beweglichkeit der Arme gut, an den Beinen Neigung zu Beugekontraktur, Patellarreflexe deutlich, Blase und Mastdarm nicht vollständig kontinent; weitere Besserung trat nicht ein, Tod 1 Jahr später, keine Autopsie. Im mikroskopischen Bilde der Geschwulst überwogen gestreifte Muskelfasern, z. T. von embryonalem Charakter, getrennt von einander durch breites welliges Bindegewebe und Fettgewebe; außerdem fanden sich stellenweise Neuroglia- und embryonales Knochengewebe. (Abbildung.)

Verf. fand nur noch einen von Gowers mitgeteilten Fall von Teratom des Markes, in welchem ebenfalls gestreifte Muskelfasern enthalten waren. Er bespricht kurz die Literatur der Rückenmarksgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen Formen. **Mohr** (Bielefeld).

36) **A. Mavrojannis** et **G. Cosmettatos.** Sur l'histologie des fistules médianes du cou.

(Journ. de l'anat. et de physiol. 1905. Nr. 6.)

Verff. beschreiben sehr ausführlich besonders die anatomisch-histologischen Verhältnisse eines Falles von kompletter medianer Halsfistel bei einem 14jährigen Mädchen. Durch Injektion von Methylenblau in die äußere Fistelöffnung gelang es, die innere an typischer Stelle der Zungenwurzel gelegene nachzuweisen und laryngoskopisch zur Ansicht zu bringen. 5 cm des Fistelganges wurde exstirpiert, der mundwärts gelegene Rest galvanokaustisch zerstört. Im übrigen bietet die Arbeit nichts wesentlich Neues. Aus den beigefügten sehr mäßigen mikroskopischen Abbildungen ist sehr wenig zu ersehen. **Müller** (Dresden).

37) **F. Terrier** et **P. Lecène.** Les cystes branchiaux du cou à structure amygdalienne.

(Revue de chir. XXV. ann. Nr. 12.)

Zwei kurz nacheinander entfernte Cysten im vorderen Halsdreieck zeigten bei mikroskopischer Untersuchung unter der Pflasterepithelauskleidung reichlich entwickeltes lymphatisches Gewebe, ein Befund, der, wiederholt berichtet, früher Anlaß zur Annahme gab, es handle sich um cystische Bildungen im Innern von Lymphdrüsen. Wie jedoch Jordan bereits nachgewiesen hat, weist diese adenoide Umlagerung direkt auf pharyngeale, entodermale Herkunft aus der Gegend der sog. Mundbucht hin, so daß diese Cysten als Abklemmungen epithelbekleideter Kanäle (Thyreoglossus) oder Einstülpungen anzusprechen sind. Die Bezeichnung solcher Gebilde nach ihrem Inhalt ist ebensowenig mehr berechtigt, wie die Nasen-»Dermoidcysten«, solange die typische Hautstruktur fehlt. Verff. schlagen daher vor, sie amygdaloide Cysten zu nennen. **Christel** (Metz).

38) **A. Freiburger.** Über Skalpierungen.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1905.

Verf. gibt die genaue Krankengeschichte eines Falles von Skalpierung bei einer 25jährigen Arbeiterin. Ihr war von der Transmission die ganze behaarte Kopfhaut und die Haut der Stirn abgerissen. Die Nasenwurzel war ebenfalls von Haut entblößt, die Augenlider waren zum Teil erhalten, und im Nacken befand sich noch ein $^1/_2$ cm breiter Saum behaarter Haut. Nach mehrfachen Transplantationen trat nach $^3/_4$jähriger Behandlung vollkommene Vernarbung des Defektes ohne Narbenverziehung im Gesicht ein. Die von F. aus der Literatur fast voll-

zählig zusammengetragenen wenigen Fälle sind nur Fälle »wahrer Skalpierungen«, bei denen durch irgendein Trauma ein Defekt der ganzen oder nahezu ganzen behaarten Kopfhaut verursacht war. **Müller** (Dresden).

39) **Robinson.** Reflex epilepsie and operation.

(Brit. med. journ. 1906. April 21.)

32jährige verheiratete Frau leidet seit 12 Jahren an häufigen epileptischen Anfällen ohne erkennbare auslösende Ursache. Bei einer Tastung des einen Eierstockes von der Scheide aus Eintritt eines schweren, typischen, epileptischen Anfalles, der sich jedesmal bei den folgenden Untersuchungen wiederholte. Bei der Operation fanden sich beide Eierstöcke vergrößert, cystisch, cirrhotisch. Kastration. Nach Überwindung einer Melancholie volle Genesung, die 9 Jahre angehalten hat, ohne daß je wieder ein Krampfanfall aufgetreten wäre. **Weber** (Dresden).

40) **H. Vörner.** Über Lymphangiectomia auriculi (Othaematoma spurium). (Aus der med. Poliklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Bei dem betreffenden Pat. enthielt die cystische Geschwulst in der oberen Nische der Ohrmuschel eiweißreiche Lymphflüssigkeit ohne eine Spur von roten Blutzellen und Blutfarbstoff, außerdem zahlreiche mono- und polynukleäre Leukocyten und Endothelzellen, mit denen die Innenwand der Höhle austapeziert war. Es handelte sich also um eine Lymphangiektomie der Ohrmuschel unter dem Bild eines Othämatoms. **Kramer** (Glogau).

41) **v. Behm.** Eine eigenartige Schußverletzung der Kieferhöhle.

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 13.)

Der Mündungsdeckel eines mit einer Platzpatrone geladenen, plötzlich losgegangenen Infanteriegewehres war einer 52jährigen Frau in der Gegend der Fossa canina in die Kieferhöhle eingedrungen und hatte die laterale Nasenwand unterhalb der unteren Muschel durchbrochen. Durch Ausmeißelung des festsitzenden Geschosses wurden die eingetretenen Folgen (Schmerzen, stinkende Sekretion usw.) rasch beseitigt. **Kramer** (Glogau).

42) **Koellreutter.** Die Erfolge der Desault'schen Operation des Kieferhöhlenempyems. (Aus der Universitäts-Ohren- und Kehlkopfklinik in Rostock [Prof. Körner].)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Von 66 nach Desault durch Freilegung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus operierten Fällen sind von K. 61 bei späterer Nachprüfung als einwandsfrei geheilt befunden worden und nur 5 als ungeheilt zu betrachten. In 42 Fällen war die Operationswunde völlig geschlossen; noch durchgängige Fisteln hatten 14 geheilte und 5 ungeheilte aufzuweisen. Bei der Operation wird in der Rostocker Klinik unter Beleuchtung mit der Stirnlampe die erkrankte Kieferhöhlenschleimhaut mit dem scharfen Löffel bis in die kleinsten Buchten hinein entfernt, die Höhle mit H_2O_2 ausgetupft und locker austamponiert. Am 3. Tage wird der Tampon entfernt, die Höhle ausgespült, nochmals genau untersucht, nötigenfalls erneut von krankhaftem Gewebe gesäubert, die äußere Öffnung mit einem täglich zu wechselnden Gazepfropf verschlossen. — Auf Grund obiger Resultate bezeichnet K. die Desault'sche Operationsmethode als die einfachste und beste; sie ermöglicht eine vollkommene Übersicht über das Operationsfeld, eine einfache, bequeme und allein die Heilung garantierende Art der Nachbehandlung und die absolute Wiederherstellung der Beziehungen der Kieferhöhle zu Nase und Mund.

Kramer (Glogau).



43) **Beck.** Plastic reconstruction of the lower jaw.

(Journ. of amer. med. assoc. 1906. April 2.)

Der Ersatz wurde durch Paraffininjektionen bewirkt. Der ganze Unterkiefer war wegen Osteomyelitis des wagrechten Astes von anderer Seite reseziert, danach waren große Beschwerden durch das Fehlen des Kauens, das Offenstehen des Mundes und durch Behinderung der Sprache eingetreten. Trotzdem durch Neubildung von Periostresten Knochenteile vorhanden waren, genügten sie nicht als Stütze für eine Prothese. Die Injektionen hatten den Erfolg, daß der Mund geschlossen gehalten werden konnte, wodurch der penetrante Geruch aus dem Munde verschwand, daß die Sprache so erheblich gebessert wurde, daß die Operierte ihren Beruf als Lehrerin wieder aufnehmen konnte, und daß sich der Allgemeinzustand durch bessere Ernährung wesentlich hob. B. weist auf die Wichtigkeit des kleinsten Teiles von bei Operation zurückgelassenen Knochen als spätere Stütze für Prothese hin. **Trapp** (Bückeburg).

44) **Whiteford.** Clinical note on a case of epithelioma of the tongue in a young woman.

(Bristol medico-chir. journ. 1906. März.)

W.'s Fall von Zungenepitheliom ist dadurch bemerkenswert, daß er eine Frau von 25 Jahren betraf. Mikroskopischer Befund: Plattenepithelkrebs. Ätiologisch kamen scharfe Stümpfe kariöser Zähne in Betracht. W. sah nur noch einen anderen Fall von Zungenkrebs bei einer Frau in mittleren Jahren, welcher auf ein Gumma der Zunge folgte. **Mohr** (Bielefeld).

45) **Kötzle.** Über epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung und ihre Komplikationen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1906. März 17.)

Von den auch chirurgisch interessierenden Komplikationen, welche K. bei 39 Mumpsfällen beobachtete, sind zunächst mehr oder weniger flache, derbe, vollkommen schmerzlose und nur undeutlich zu umgrenzende Infiltrate der Parotisgegend zu erwähnen, welche in 7 von 12 nachuntersuchten Fällen noch 9—11 Monate nach der Erkrankung nachzuweisen waren. 43% der Kranken zeigten eine komplizierende Orchitis, und zwar war bei der Mehrzahl auch der Nebenhoden, namentlich der Kopf, angeschwollen und ganz besonders schmerzhaft; die Epididymitis trat fast immer später als die Orchitis ein. Eine sichere spätere Hodenatrophie konnte K. nicht nachweisen. Die Krankengeschichte eines Pat. mit Abszedierung der Parotis, Pleuritis und monatelang bestehender Speichelfistel wird ausführlicher mitgeteilt. K. gibt schließlich einen kurzen Überblick über die nach den Sanitätsberichten der Armee in den letzten 25 Jahren beobachteten Komplikationen des Mumps, von denen hier folgende zu erwähnen sind: mehrfach Abszedierung, einmal mit tödlichem Ausgang infolge von Pyämie, ferner Mastitis, Arthritis, Entzündungen des Nebenhodens, der Prostata und der Schilddrüse. Im ganzen traten schwere Komplikationen relativ selten auf. **Mohr** (Bielefeld).

46) **Glas.** Milzbrand des Kehlkopfes. (Aus der k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkranke des Prof. O. Chiari in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 11.)

Das Leiden begann bei dem 41jährigen Kranken am Halse mit einer Schwellung im Gebiete des rechten Unterkieferwinkels und in dem des Rachens resp. Kehlkopfeingangs mit einem sulzig-hämorrhagischen Ödem der Schleimhaut, wahrscheinlich infolge von Infektion mit milzbrandsporenhaltiger Nahrung. Der Tod erfolgte unter Erscheinungen größter Erschöpfung und septischer Allgemeininfektion. Die Sektion ergab, daß sich die Veränderungen der Rachenschleimhaut bis zu den Stimmbändern erstreckten; die Schleimhaut war ödematös, oberflächlich durch Epithelnekrose wie grau gefleckt. Im Magen fand sich typischer Milzbrand. — Eine bakteriologische Untersuchung des Blutes und der Ödemflüssigkeit hat nicht stattgefunden. **Kramer** (Glogau).

47) **R. Hoffmann.** Über Aktinomykose des Kehlkopfes und des Kopfnickers. (Aus der kgl. laryngologischen Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1906. Nr. 10.)

Fall von Aktinomykose der Weichteile und des ganzen Kopfnickers der linken Halsseite mit Bildung mehrfacher Abszesse unter heftigen, durch Jodipininjektionen wesentlich gebesserten neuralgischen Schmerzen im Bereiche des Plexus brachialis und mit Durchbruch in die Luftröhre. Tod an Aspirationspneumonie. Die Sektion ergab eine prävertebrale Eiterhöhle, die in Kommunikation mit dem Innern der Luftröhre stand, und mehrere Abszesse der linken Halsseite, namentlich hinter dem linken Kopfnicker; die linken Teile des Kehlkopfes waren verdickt und entleerten beim Einschneiden eitrige Massen (Perichondritis actinomycotica), die Schleimhaut der Luftröhre war unregelmäßig verdickt, mit zahlreichen punktförmigen Öffnungen, aus welchen Eiter hervorquoll. **Kramer** (Glogau).

48) **W. J. Moltschanow.** Zur Frage von der operativen Behandlung der diphtherischen Larynxstenosen im Säuglingsalter.

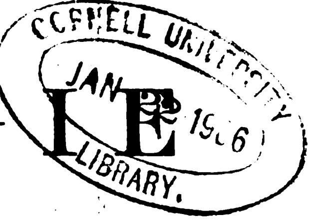
(Russki Wratsch 1906. Nr. 1.)

In der Moskauer pädiatrischen Klinik wird seit 1895 intubiert. Pat. bekommt 2000—3000 Einheiten Serum und nochmals dasselbe Quantum vor Ablauf des ersten Tages, wird in einem Dampfzimmer placiert; innerlich Codeinum, Apomorphinum oder Brom, Coffeinum, Wein, Baldrian. Besteht danach die Stenose (Einziehen der Brust, Cyanose der Lippen), so wird intubiert. Bis 1902 benutzte die Klinik ein Collin'sches Instrumentarium, darauf eines von Froin; letzterem wird der Vorzug gegeben. Gelingt die Intubation nicht, oder hilft sie nicht, oder kann das Rohr — wegen Dekubitus — nicht dauernd entfernt werden, so wird sekundär tracheotomiert. In letzterem Falle scheint übrigens das mit Gelatine bedeckte Rohr (O'Dwyer, Bokay) gute Resultate zu geben (einmal günstiger Ausgang). Innerhalb 10 Jahren wurden 308 Pat. behandelt, davon starben 69 (= 22,4%). Ohne operative Behandlung genasen 107 (34,7%). Intubiert wurden 193, davon starben 61 (31,6%). Im 1. Lebensjahre standen 21 Pat., von denen 11 (52,4%) starben, 5 davon in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme. Nach Ausschluß dieser 5 beträgt die Mortalität 28,5%. Von den 21 Säuglingen mußten 2 acht- resp. zehnmal intubiert werden (Dekubitus, Verstopfung des Rohres); beide genasen. dreimal war die Intubation schwer, zu kleiner Rachen bei einem 8 Wochen alten Kind, Glottisödem, Glottiskrampf. Zweimal war das Saugen erschwert. 2 intubierte Kinder waren jünger als 6 Monate: 1—5 Monate alt, Intubation, Tod nach 45 Stunden an beiderseitiger Pneumonie. Das zweite Kind war nur 8 Wochen alt, hatte schwere Diphtherie der Mandeln, des Zäpfchens und der hinteren Rachenwand; 2000 + 2000 Einheiten, darauf Intubation; das Froin'sche Rohr ist zu lang, geht nicht ein; ein Rohr von Collin kann aber eingeführt werden. Sofort Atmung frei, Beruhigung. Am nächsten Tage noch 2000 Einheiten, am 2. Eklampsieanfall, Entfernung der Tube (Ursache der Krämpfe — Temperatursteigerung). Heilung ohne Zwischenfälle; die Tube hatte — am 3. Krankheitstag eingeführt — 36 Stunden gelegen. — Sekundär tracheotomiert wurden 8 Kinder (5 tot), davon 2 Säuglinge (beide tot): bei einem Kinde war achtmal intubiert worden, worauf — wegen Dekubitus — das Rohr nicht fortgelassen werden konnte; beim 2. Kinde gelang wegen Glottiskrampf die dritte Intubation nicht. In beiden Fällen war die Todesursache Pneumonie. — Zum Schluß befürwortet M. die Intubation der Säuglinge. **E. Gückel** (Romanowka, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE



herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. **Sonnabend, den 6. Januar.** **1906.**

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

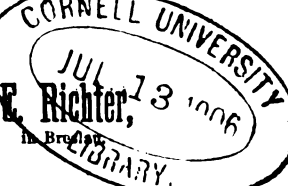
herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Jena, **E. Richter,** in Breslau.

Dreiunddreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. **Sonnabend, den 30. Juni.** **1906.**



Medizinischer Anzeiger.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Hierzu ein Prospekt der Firma E. Merck, Chemische Fabrik in Darmstadt, „Dionin“ betr.

